

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
সমাজকল্যাণ মন্ত্রণালয়
সমাজসেবা অধিদফতর
সরকারি শিশু পরিবার (বালক/বালিকা) এর নিবাসী ভর্তির আবেদনপত্র

সত্যায়িত
ছবি ২ কপি

প্রতিষ্ঠানের নাম..... (বালক/বালিকা) ।
জেলা..... ।

- ১। প্রার্থীর নাম :.....
- ২। (ক) পিতার নাম :.....
(খ) মাতার নাম :
- ৩। স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম/মহল্লা..... ডাকঘর.....
উপজেলা জেলা.....
- ৪। বর্তমান ঠিকানা : গ্রাম/মহল্লা..... ডাকঘর.....
উপজেলা জেলা.....
- ৫। জন্ম তারিখ :..... বর্তমান বয়স.....
- ৬। জাতীয়তা :..... ধর্ম.....
- ৭। শিক্ষাগত যোগ্যতা :.....
- ৮। অভিভাবকের নাম :..... পেশা..... মাসিক আয়.....
মোবাইল নং..... শিশুর সাথে সম্পর্ক.....
ঠিকানা.....
- ৯। পিতৃ-মাতৃহীন না কেবল পিতৃহীন :.....
- ১০। (ক) পিতার মৃত্যুর তারিখ ও কারণ :.....
(খ) মাতার মৃত্যুর তারিখ ও কারণ :.....
- ১১। পৈতৃক স্থাবর সম্পত্তি আছে কি না?.....
- ১২। শিশুটির শারিরীক অবস্থা কেমন?.....
- ১৩। শিশুটির ভাই/বোন কতজন এবং তাদের বয়স এবং পেশা :.....
- ১৪। শিশুটির কোন মারাত্মক অথবা ছোঁয়াচে রোগ আছে কি না-
থাকলে উহা কি?
- ১৫। দরখাস্তে বর্ণিত শিশুটির অন্য কোন সহোদর ভাই বা বোন ইতোপূর্বে যে কোন শিশু পরিবার/সদনে ভর্তি হয়েছে কি না?
হয়ে থাকলে, বিস্তারিত বিবরণঃ.....

১৬। প্রার্থীর ঘোষণাপত্র : আমি এ মর্মে ঘোষণা করছি যে, এ আবেদন পত্রে বর্ণিত বিবরণ সত্য এবং নির্ভুল। আমি অঙ্গীকার করছি যে, কেন্দ্রে ভর্তি হওয়ার পর কেন্দ্রের যাবতীয় বিধি-বিধান ও নিয়ম শৃংখলা মেনে চলব এবং শান্তি-শৃংখলার পরিপন্থী কোন কাজে লিপ্ত হব না। নিবাস কর্তৃপক্ষের আদেশ-নির্দেশ মেনে চলব।

.....
অভিভাবকের স্বাক্ষর/টিপ সহি
তারিখ :

.....
আবেদনকারীর স্বাক্ষর/টিপ সহি

১৭। ইউনিয়ন পরিষদ চেয়ারম্যান/ওয়ার্ড কমিশনারের মতামত :

আবেদনকারী.....পিতা/মাতা.....
গ্রাম/মহল্লা.....ডাকঘর.....
উপজেলা.....জেলা.....

অত্র ইউনিয়ন/ওয়ার্ডের স্থায়ী বাসিন্দা। সে একজন এতিম/অনাথ শিশু। সে সরকারি খরচে লালন-পালনযোগ্য।

তারিখ :.....

.....
চেয়ারম্যান/ওয়ার্ড কমিশনার
(স্বাক্ষর ও সীল)

১৮। সংশ্লিষ্ট উপজেলা সমাজসেবা কর্মকর্তার মতামত :

তারিখ :.....

.....
উপজেলা সমাজসেবা কর্মকর্তা
(স্বাক্ষর ও সীল)

১৯। সিভিল সার্জন/উপজেলা স্বাস্থ্য ও পরিবার পরিকল্পনা কর্মকর্তার মতামত :

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, আবেদনকারী এর বয়স.....বছর। সে শারীরিকভাবে সুস্থ/অসুস্থ। তার ছোঁয়াচে রোগ আছে/নেই। তাঁর শারীরিক বা মানসিক দুর্বলতা আছে/নেই।

তারিখ :.....

.....
সিভিল সার্জন/উপজেলা স্বাস্থ্য ও পরিবার পরিকল্পনা কর্মকর্তা
(স্বাক্ষর ও সীল)

২০। ভর্তি কমিটির সিদ্ধান্ত : (ক) ভর্তি করা হলো (খ) ভর্তি করা হলো না (গ) পরে বিবেচনা করা হবে।

ব্যবস্থাপনা কমিটির সিদ্ধান্ত মোতাবেক।

.....
উপপরিচালক
সদস্য-সচিব, শান্তিনিবাস

.....
তত্ত্বাবধায়ক/উপতত্ত্বাবধায়ক
(শুধুমাত্র শিশু পরিবার/সদনের ক্ষেত্রে)

.....
উপপরিচালক
জেলা সমাজসেবা কার্যালয়
.....জেলা
তত্ত্বাবধায়ক/উপতত্ত্বাবধায়ক
(শিশু পরিবার/সদনের ক্ষেত্রে)

.....
সভাপতি
শান্তিনিবাস কমপ্লেক্স ব্যবস্থাপনা কমিটি।
জেলা প্রশাসক.....জেলা
ও সভাপতি শিশু পরিবার/সদন
(শুধুমাত্র শিশু পরিবার/সদনের ক্ষেত্রে)

বিঃদ্রঃ উপপরিচালক, শান্তিনিবাস/জেলা সমাজসেবা কর্মকর্তা/তত্ত্বাবধায়ক/উপতত্ত্বাবধায়ক/উপজেলা সমাজসেবা কর্মকর্তা বা অন্য কোন সংশ্লিষ্ট ব্যক্তি/কর্মকর্তা প্রয়োজনবোধে এ আবেদন ফটোকপি করে ব্যবহার করতে পারবেন।