

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
 জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়
 বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড
 কল্যাণ তহবিল
 ১ম-১২তলা সরকারি অফিস ভবন (১১ তলা)
 সেগুনবাগিচা, ঢাকা।
 (www.bkkb.gov.bd)

আবেদনকারীর পাসপোর্ট
 সাইজের ১ কপি
 সত্যায়িত ছবি

সরকারি ও বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ডের তালিকাভুক্ত স্বায়ত্তশাসিত সংস্থার কর্মকর্তা/কর্মচারী এবং তাঁদের পরিবারের সদস্যদের কল্যাণ তহবিল হতে চিকিৎসাজনিত কারণে

বিশেষ অনুদানের আবেদন ফর্ম

- | | | |
|--------|---|---|
| ১। (ক) | কর্মচারীর নাম (বাংলায়) | : |
| | (ইংরেজিতে বড় অক্ষরে) | : |
| (খ) | পিতার/স্বামীর/স্ত্রীর নাম (বাংলায়) | : |
| | (ইংরেজিতে বড় অক্ষরে) | : |
| (গ) | পদবি (বাংলায়) | : |
| | (ইংরেজিতে বড় অক্ষরে) | : |
| (ঘ) | অফিসের নাম ও ঠিকানা | : |
| (ঙ) | জাতীয় পরিচয় পত্র নং (বাধ্যতামূলক) | : |
| ২। (ক) | আবেদনকারীর নাম (বাংলায়) | : |
| | (ইংরেজিতে বড় অক্ষরে) | : |
| (খ) | কর্মচারীর সাথে আবেদনকারীর সম্পর্ক | : |
| (গ) | ফোন/মোবাইল নং | : |
| (ঘ) | আবেদনকারীর ব্যাংক হিসাব নম্বর,
ব্যাংকের শাখার নাম ও
ব্যাংক শাখার রাউটিং নম্বর (বাধ্যতামূলক) | : |
| (ঙ) | জাতীয় পরিচয় পত্র নং | : |
| ৩। (ক) | কর্মচারীর জন্ম তারিখ | : |
| (খ) | চাকুরিতে যোগদানের তারিখ | : |
| (গ) | সংশ্লিষ্ট কর্মচারী অবসরপ্রাপ্ত হলে অবসর গ্রহণের তারিখ | : |
| (ঘ) | সংশ্লিষ্ট কর্মচারী মৃত হলে মৃত্যুর তারিখ | : |
| ৪। | মূলবেতন ও বেতন স্কেল | : |
| ৫। | কর্মকর্তা/কর্মচারী রাজস্বখাতভুক্ত/বোর্ডের তালিকাভুক্ত অফিসের
কি না ? | : |
| ৬। | কল্যাণ তহবিলের চাঁদা প্রদান করে থাকলে মাসিক চাঁদার হার | : |

৭। (ক)	চিকিৎসা সাহায্যের ক্ষেত্রে রোগীর নাম	:		
(খ)	রোগীর সাথে কর্মচারীর সম্পর্ক	:		
(গ)	রোগের নাম	:		
(ঘ)	সিজার হলে কততম সিজার ও কততম সন্তান	:		
(ঙ)	ক্লিনিক বা হাসপাতালে ভর্তি হয়ে থাকলে ক্লিনিক বা হাসপাতালের নাম	:		
(চ)	মোট খরচের পরিমাণ	:		
৮।	কল্যাণ তহবিল হতে ইতোপূর্বে চিকিৎসা সাহায্য বাবদ কোন কোন সালে কত টাকা প্রাপ্ত হয়েছে তার বিবরণ	:	সাল	টাকার পরিমাণ
			(ক)	
			(খ)	

আমি প্রতিজ্ঞাপূর্বক বলছি যে, উল্লিখিত আবেদনপত্রের বিষয়বস্তু আমার জ্ঞান ও বিশ্বাসমতে সত্য এবং আমি কোন তথ্য গোপন করিনি।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর
সীল/বর্তমান ঠিকানা :

আবেদনকারীর অফিস প্রধানের সার্টিফিকেট

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, এ অফিসের জনাব/বেগম এর আবেদনপত্রে উল্লিখিত তথ্যাবলি সঠিক এবং চলতি অর্থ বছরে তার নামে বিশেষ সাহায্যের অন্য কোন আবেদনপত্র প্রেরণ করা হয়নি। সুতরাং তাকে কল্যাণ তহবিল হতে বিশেষ সাহায্য মঞ্জুরির জন্য জোর সুপারিশ করা যাচ্ছে।

অফিস প্রধানের স্বাক্ষর ও
নামযুক্ত সিল

ফোন/মোবাইল নম্বর (বাধ্যতামূলক):
ই-মেইল ঠিকানা (যদি থাকে):

আবেদন করার নিয়মাবলি :

- (১) প্রতি অর্থ বছরে একবার মাত্র বিশেষ সাহায্য দেয়া হয়।
- (২) কর্মচারীর বয়স ৬৭ বছরের মধ্যে হতে হবে।
- (৩) আবেদনের সঙ্গে প্রয়োজনীয় যে সমস্ত কাগজপত্র সংযুক্ত করতে হবে :
 - (ক) ডাক্তারী ব্যবস্থাপত্রের এবং টেস্ট রিপোর্টের মূলকপি ;
 - (খ) ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী ঔষধ ক্রয়ের মূল ভাউচার ;
 - (গ) ক্লিনিক বা হাসপাতালে ভর্তি হয়ে থাকলে ক্লিনিক বা হাসপাতালের মূল ছাড়পত্র ;
 - (ঘ) যাবতীয় খরচের হিসাব সম্বলিত স্বাক্ষরযুক্ত ব্যয় বিবরণী ;
 - (ঙ) বিদেশে চিকিৎসা করা হলে বিদেশ গমনের অনুমতি পত্র ;
 - (চ) ভাই/বোন বা পিতা/মাতার ক্ষেত্রে নির্ভরশীলতার প্রত্যয়নপত্র ;
 - (ছ) জাতীয় পরিচয়পত্রের সত্যায়িত ফটোকপি ;
 - (জ) চিকিৎসার ২ (দুই) বছরের মধ্যে সাহায্যের আবেদন করতে হবে।
- (৪) আবেদন ফরমের প্রতিটি কলাম সঠিক তথ্যসহ যথাযথভাবে পূরণ এবং ব্যাংক হিসাব নম্বরের তথ্য সংক্রান্ত ২(ঘ) অংশ অবশ্যই পূরণ করতে হবে। অসম্পূর্ণ/সন্দেহযুক্ত/ত্রুটিপূর্ণ আবেদনপত্র বাতিল বলে গণ্য হবে।
- (৫) আবেদন ফরম www.bkkb.gov.bd ওয়েবসাইট থেকে সংগ্রহ করা যাবে।
- (৬) পূরণকৃত ফরম প্রয়োজনীয় কাগজপত্রসহ একটি ফরওয়ার্ডিং চিঠির মাধ্যমে প্রধান কার্যালয়ের জন্য মহাপরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, প্রধান কার্যালয়, ১ম-১২তলা সরকারি অফিস ভবন, সেগুনবাগিচা, ঢাকা এবং ঢাকাসহ অন্যান্য বিভাগীয় কার্যালয়ের জন্য উপ-পরিচালক, বিভাগীয় কার্যালয় ঢাকা, চট্টগ্রাম, রাজশাহী, খুলনা, বরিশাল, সিলেট ও রংপুর বরাবরে প্রেরণ করতে হবে।