

যৌথবীমা/মাসিক কল্যাণ/দাফন/ অস্ত্রোপ্তিক্রিয়া অনুদানের আবেদন ফরম

যে অনুদানের জন্য আবেদন করতে চান সেটিতে টিক (✓) দিন

যৌথবীমার এককালীন	<input type="checkbox"/>	মাসিক কল্যাণ	<input type="checkbox"/>	দাফন/অস্ত্রোপ্তিক্রিয়া [চাকরিরত সরকারি কর্মচারীর মৃত্যুজনিত	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	চাকরিরত সরকারি কর্মচারীর পরিবারের সদস্যের মৃত্যুজনিত	<input type="checkbox"/>	অন্যান্য	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ক. আবেদনকারী/কর্মচারীর তথ্য.

১.	আবেদনকারীর নাম [কর্মচারী ব্যতীত] (বাংলায়) :	ইংরেজিতে (বড় অক্ষরে) :
২.	আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয় পত্র নম্বর :	৩. আবেদনকারীর সাথে কর্মচারীর সম্পর্ক :
৪.	কর্মচারী নাম (বাংলায়) :	ইংরেজিতে (বড় অক্ষরে) :
৫.	কর্মচারীর পিতার নাম (বাংলায়) :	ইংরেজিতে (বড় অক্ষরে) :
৬.	কর্মচারীর মাতার নাম (বাংলায়) :	ইংরেজিতে (বড় অক্ষরে) :
৭.	কর্মচারীর স্বামী/স্ত্রীর নাম (বাংলায়) :	ইংরেজিতে (বড় অক্ষরে) :
৮.	কর্মচারীর পদবি (বাংলায়) :	ইংরেজিতে (বড় অক্ষরে) :
৯.	কর্মচারীর অফিসের নাম ও ঠিকানা (বাংলায়) :	ইংরেজিতে (বড় অক্ষরে) :
১০.	কর্মচারীর জন্ম তারিখ	১১. কর্মচারীর জাতীয় পরিচয় পত্র নম্বর :
১২.	কর্মচারীর মৃত্যুর তারিখ (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) :	১৩. চাকরি হতে অবসর গ্রহণের তারিখ (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) :
১৪.	কর্মচারীর চাকরির ধরন (টিক ✓ দিন) রাজস্বখাতভুক্ত/বোর্ডের এখতিয়ারভুক্ত স্বায়ত্বশাসিত সংস্থা/ অন্যান্য	১৫. কর্মচারীর সাথে মৃত ব্যক্তির সম্পর্ক (পরিবারের সদস্যের মৃত্যুতে দাফন/অস্ত্রোপ্তিক্রিয়ার অনুদানের ক্ষেত্রে) :

খ. ব্যাংক এর তথ্য

১৬.	সোনালি ব্যাংকের যে শাখা হতে আবেদনকারী মাসিক কল্যাণ অনুদান গ্রহণ করতে ইচ্ছুক (জেলার নাম সহ) :	
১৭.	যৌথবীমা ও দাফন/ অস্ত্রোপ্তিক্রিয়ার অনুদানের ক্ষেত্রে :	
	ক) ব্যাংকের নাম :	খ) শাখার নাম জেলার নাম সহ :
	গ) ব্যাংক হিসাব নম্বর :	ঘ) ব্যাংক শাখার রাউটিং নম্বর :

গ. আবেদনকারী/কর্মচারীর অঙ্গীকারনামা

আমি প্রত্যয়ন করছি যে, উপর্যুক্ত তথ্য আমার বিশ্বাস এবং জ্ঞানমতে সত্য। এ ব্যাপারে আমি কোন তথ্য গোপন করিনি এবং ইতঃপূর্বে অনুদানের জন্য আমি আবেদন করিনি। যদি কোন সময় প্রমাণ হয় যে, আমি কোন তথ্য গোপন করেছি সেক্ষেত্রে গৃহীত অনুদানের সমুদয় অর্থ ফেরত দিতে বাধ্য থাকবো।

তারিখঃ /০১/২০১৭খ্রি:

আবেদনকারী/কর্মচারীর স্বাক্ষর
সিল (যদি থাকে)

আবেদনকারীর সাথে যোগাযোগের ঠিকানা (বাধ্যতামূলক):

মোবাইল নং-

ই-মেইল নং-

ঘ. কর্মচারীর অফিস প্রধান/ক্ষমতাপ্রাপ্ত কর্মকর্তার প্রত্যয়ন

স্মারক নং ০০.০০.৫১০০.০০৭.০২.৭০.২০১৭-
প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, আবেদনকারীর বর্ণিত তথ্যাবলি এ অফিসের রেকর্ডপত্র অনুযায়ী যাচাই করা হয়েছে। আবেদনকারীর নামে বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড হতে যৌথবীমা/মাসিক কল্যাণ/দাফন/অস্ত্রোপ্তিক্রিয়ার অনুদান (প্রযোজ্যটিতে টিক ✓ দিন) মঞ্জুরির সুপারিশ করছি। আবেদনকারীর নাম ইতঃপূর্বে টিক চিহ্নিত অনুদান মঞ্জুরির জন্য কোন আবেদন প্রেরণ করা হয়নি।

তারিখঃ

খ্রিঃ।

স্বাক্ষর:.....

(পদবি ও নামযুক্ত সিল)

টেলিফোন/মোবাইল নম্বর (বাধ্যতামূলক):

ই-মেইল নম্বর: