

আবেদনকারীর
পাসপোর্ট সাইজের
১ কপি সত্যায়িত
ছবি

সরকারি ও তালিকাভুক্ত স্বায়ত্তশাসিত সংস্থার সকল গ্রেডে কর্মরত/ অবসরপ্রাপ্ত কর্মচারী/ তাদের পরিবারের সদস্য এবং মৃত কর্মচারীর পরিবারের সদস্যদের কল্যাণ তহবিল হতে সাধারণ চিকিৎসা অনুদানের জন্য আবেদন ফরম

১। কর্মচারীর বিবরণ:

- (ক) নাম (বাংলায়) :
(ইংরেজিতে) :
(খ) পদবি (বাংলায়) :
(ইংরেজিতে) :
(গ) অফিসের নাম ও ঠিকানা (বাংলায়)
(ইংরেজিতে) :
(ঘ) মোবাইল নম্বর :
(ঙ) পিতা/স্বামীর নাম :
(চ) জন্মতারিখ :
(ছ) জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর :
(জ) অবসরের তারিখ/মৃত্যুর তারিখ (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) :
(ঝ) চাকরি রাজস্বখাতভুক্ত/তালিকাভুক্ত সংস্থার (উল্লেখ করুন) :
(ঞ) জাতীয় বেতনস্কেলের বেতননির্ধারণ ফরমের ভেরিফিকেশন নম্বর :

২। মৃত কর্মচারীর ক্ষেত্রে আবেদনকারীর বিবরণ:

- (ক) নাম (বাংলায়) :
(ইংরেজিতে) :
(খ) সম্পর্ক :
(গ) মোবাইল নম্বর :

- ৩। (ক) অনলাইন ব্যাংক হিসাব নম্বর :
(খ) ব্যাংকের নাম :
(গ) জেলাসহ শাখার নাম :
(ঘ) ব্যাংকের শাখার রাউটিং নম্বর (বাধ্যতামূলক) :

- ৪। (ক) রোগের নাম :
(খ) রোগীর সাথে কর্মচারীর/আবেদনকারীর সম্পর্ক :
(গ) ক্লিনিক বা হাসপাতালে ভর্তি হয়ে থাকলে তার নাম :
(ঙ) মোট খরচের পরিমাণ :

উল্লিখিত তথ্যাদি আমার জ্ঞান ও বিশ্বাসমতে সত্য। আমি অনুদান গ্রহণের জন্য বর্তমান পঞ্জিকাবার্ষে ইতোপূর্বে আবেদন করিনি।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর
সিল (যদি থাকে)

অফিস প্রধানের প্রত্যয়ন (শুধুমাত্র কর্মরত কর্মচারীর ক্ষেত্রে)

স্মারক নং :

তারিখ :

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, (অফিসের নাম) কর্মরত/মৃত জনাব/বেগম এর অথবা পরিবারের সদস্য জনাব/বেগম এর আবেদনপত্রে উল্লিখিত তথ্যাবলি সঠিক এবং এ পঞ্জিকাবার্ষে তার নামে চিকিৎসা অনুদানের জন্য কোন আবেদনপত্র প্রেরণ করা হয়নি। এমতাবস্থায়, তাকে সাধারণ চিকিৎসা অনুদান মঞ্জুরির জন্য সুপারিশ করা যাচ্ছে।

তারিখ:

অফিস প্রধানের স্বাক্ষর ও নামযুক্ত সিল
ফোন/মোবাইল নম্বর (বাধ্যতামূলক)
ই-মেইল ঠিকানা:

(পিআরএল ভোগরত/অবসরপ্রাপ্ত কর্মচারীর ক্ষেত্রে)

নিম্নস্বাক্ষরকারী গত তারিখে সরকারি চাকরি হতে অবসর গ্রহণ করেছেন। পিআরএল/অবসরের অফিস আদেশের কপি প্রমাণক হিসেবে সংযুক্ত করা হলো।

তারিখ :

কর্মচারীর নামসহ স্বাক্ষর
বর্তমান ঠিকানা :

ফোন/মোবাইল নম্বর (বাধ্যতামূলক):

অনুদানের প্রাপ্যতা:

১. বর্ষপঞ্জি (জানুয়ারি-ডিসেম্বর) অনুযায়ী বছরে একবার চিকিৎসা অনুদানের জন্য আবেদন করা যায়;
২. বর্ষপঞ্জি অনুযায়ী চিকিৎসা গ্রহণের ২ (দুই) বছরের মধ্যে আবেদন করা যায়;
৩. কর্মচারীর জন্য আমৃত্যু এবং পরিবারের সদস্যদগণের জন্য কর্মচারীর বয়স ৭৫ বছর পর্যন্ত অনুদান প্রদান করা হয়;
৪. যাতায়াত/অ্যাম্বুলেন্স/হোটেল বিলের জন্য অনুদান দেয়া হয় না;
৫. কর্তৃপক্ষ অসম্পূর্ণ/সন্দেহজনক/ত্রুটিপূর্ণ আবেদন বাতিল করার অধিকার সংরক্ষণ করেন।

আবেদনের সাথে যে সকল কাগজপত্র সংযুক্ত করতে হবে:

১. ক্লিনিক/হাসপাতালে ভর্তি হয়ে থাকলে মূল ছাড়পত্র;
২. হাসপাতালের ছাড়পত্র ও ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী ঔষধ ক্রয়ের ভাউচার এর মূলকপি;
৩. ডাক্তারি ব্যবস্থাপত্র ও রিপোর্ট এর ছায়ািলিপি (উর্ধ্বতন কর্তৃপক্ষ কর্তৃক সত্যায়িত);
৪. খরচের হিসাববিবরণী (কর্মচারীর স্বাক্ষরসহ);
৫. জাতীয় বেতনস্কেল এর ভেরিফিকেশন নম্বরসহ বেতননির্ধারণী বিবরণীর সত্যায়িত ফটোকপি (অফিস কর্তৃপক্ষ কর্তৃক);
৬. পিতা/মাতা বা ভাই/বোনের ক্ষেত্রে নির্ভরশীলতার প্রত্যয়নপত্র (ইউনিয়ন পরিষদের চেয়ারম্যান/সিটি কর্পোরেশন বা পৌরসভার মেয়র অথবা ওয়ার্ড কাউন্সিলর কর্তৃক)।

ফরম পূরণে বিশেষ নির্দেশিকা:

১. কর্মচারী জীবিত হলে নিজেই আবেদনকারী হিসেবে গণ্য হবেন;
২. কর্মরত কর্মচারীগণের জন্য ০২ নং ক্রমিকের তথ্য পূরণ করার প্রয়োজন নেই। মৃত কর্মচারীর পক্ষে তার পরিবারের সদস্য আবেদন করলে ০২ নং ক্রমিকের তথ্য পূরণ করতে হবে।

আবেদন ফরম প্রাপ্তির ঠিকানা:

বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ডের ওয়েবসাইট www.bkkb.gov.bd থেকে সংগ্রহ করা যাবে (ফরম নং-০১)।

আবেদনপত্র প্রেরণের ঠিকানা:

- (ক) ঢাকা মহানগরীর ক্ষেত্রে : মহাপরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, প্রধান কার্যালয়, ১ম ১২তলা সরকারি অফিস ভবন (১১তলা), সেগুনবাগিচা, ঢাকা।
- (খ) ঢাকা বিভাগের ক্ষেত্রে : পরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, বিভাগীয় কার্যালয়, ১ম ১২ তলা সরকারি অফিস ভবন (৩য় তলা), সেগুনবাগিচা, ঢাকা।
- (গ) চট্টগ্রাম বিভাগের ক্ষেত্রে : পরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, বিভাগীয় কার্যালয়, সরকারি কার্য ভবন-১, আগ্রাবাদ, চট্টগ্রাম।
- (ঘ) রাজশাহী বিভাগের ক্ষেত্রে : পরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, বিভাগীয় কার্যালয়, রাজশাহী।
- (ঙ) খুলনা বিভাগের ক্ষেত্রে : পরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, বিভাগীয় কার্যালয়, খুলনা বিভাগীয় কমিশনারের কার্যালয়, বয়রা, খুলনা।
- (চ) বরিশাল বিভাগের ক্ষেত্রে : পরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, বিভাগীয় কার্যালয়, মুসলিম গোরস্থান রোড দারুল হামদ ভবন (৪র্থ তলা), বরিশাল।
- (ছ) সিলেট বিভাগের ক্ষেত্রে : পরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, বিভাগীয় কার্যালয়, আলমপুর, সিলেট।
- (জ) রংপুর বিভাগের ক্ষেত্রে : পরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, বিভাগীয় কার্যালয়, বিভাগীয় কমিশনারের কার্যালয়, রংপুর।
- (ঝ) ময়মনসিংহ বিভাগের ক্ষেত্রে : পরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, বিভাগীয় কার্যালয়, ময়মনসিংহ।

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

০১ কপি পাসপোর্ট
সাইজ ও ০১ কপি
স্ট্যাম্প সাইজ ছবি
সংযুক্ত করুন

বিষয়ঃ স্টাফ বাস কর্মসূচীর বড় বাসে হতে
রুটে যাতায়াতের জন্য টিকেট ইস্যুর আবেদন পত্র।

১. নাম (বাংলায়) -----
(ইংরেজিতে) -----
২. পদবি----- (গেজেটেড/ননগেজেটেড)
(ইংরেজিতে) -----
৩. বেতন স্কেল-----
৪. পূর্ণ অফিস ঠিকানা-----

৫. জাতীয় পরিচয়পত্র নং-----
৬. কর্মচারীর পে-ফিল্ডেশন নম্বর (বাধ্যতামূলক)-----
৭. মোবাইল নম্বর-----
৮. স্থায়ী ঠিকানা- গ্রাম/শহর----- ডাকঘর-----
উপজেলা----- জেলা-----
৯. চাকরি রাজস্বখাতভুক্ত/উন্নয়ন প্রকল্পভুক্ত/কন্টিনজেন্সী/মাষ্টাররোল/ওয়ার্কচার্জ/বোর্ড তালিকাভুক্ত (টিক চিহ্ন দিন)
১০. উল্লিখিত রুটে গাড়ীর সংখ্যা----- টি, বর্তমানে টিকেটধারী যাত্রীর সংখ্যা-----

(৯নংক্রমিক আদায়কারী কর্তৃক পূরণীয়)।

(আদায়কারীর স্বাক্ষর)

১১. টিকেট প্রাপ্তির শর্তাদিঃ
 - (১) আবেদনকারীকে অবশ্যই সরকারি কর্মকর্তা/কর্মচারী হতে হবে
 - (২) পৃথক অফিস ফরোয়ার্ডিং মাধ্যমে আবেদন পত্র জমা দিতে হবে।
 - (৩) আবেদনপত্রের সাথে জাতীয় পরিচয়পত্র ও অফিস আইডি কার্ডের সত্যায়িত ফটোকপি সংযুক্ত করতে হবে।
 - (৪) টিকেট প্রাপ্তির পর নির্ধারিত ভাড়া চলতি মাসের ৭(সাত) তারিখের মধ্যে অগ্রিম পরিশোধ করতে হবে।
 - (৫) কোন কারণে স্টাফবাসে যাতায়াত করতে না চাইলে অবশ্যই ৩০(ত্রিশ) তারিখের মধ্যে টিকেট অফিসে জমা দিতে হবে। অন্যথায় টিকেট জমা না দেয়াকালীন পর্যন্ত ভাড়া (অতিরিক্ত ভাড়া সহ) পরিশোধ করতে হবে।
 - (৬) স্টাফ বাসে নির্দিষ্ট কোন আসন বরাদ্দ করা হয় না। যাতায়াতের জন্য শুধুমাত্র টিকেট ইস্যু করা হয়।
 - (৭) বড় বাসে কর্মকর্তা/কর্মচারীদের অনুকূলে টিকেট ইস্যু করা হয়।
 - (৮) কর্তৃপক্ষ যে কোন কারণ দর্শানো ব্যতিরেকে টিকেট বাতিল করার ক্ষমতা সংরক্ষণ করেন।

আমি এ মর্মে অঙ্গীকার করছি যে, উপরোল্লিখিত তথ্যাদি সঠিক এবং বর্ণিত শর্তাদি পালনে বাধ্য থাকব বিধায় আমার নামে বড় বাসে একটি টিকেট ইস্যুর অনুমতি প্রদানের জন্য আবেদন করছি।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর ও তারিখ

পরিচালক (উন্নয়ন/উপপরিচালক (উন্নয়ন))
বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড।

ক্রমিক নং -----

তারিখ-----

উপর্যুক্ত বর্ণনা মোতাবেক----- হতে ----- রুটে ১(এক)টি টিকেট ইস্যুর অনুমতি দেয়া হলো।

টিকেট ইস্যুকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর ও সিল।