

আবেদনকারীর এক  
কপি রজিন  
পাসপোর্ট সাইজের  
সত্যায়িত ফটো

মন্ত্রণালয়/বিভাগ ও অধিনস্থ দপ্তর/প্রতিষ্ঠান এবং সাংবাদিক প্রতিষ্ঠানে কর্মরত সরকারি কর্মচারীর অনুকূলে স্থায়ী অক্ষমতাজনিত আর্থিক অনুদান প্রদানের জন্য আবেদন ফরম

বরাবর

-----  
-----

বিষয়: স্থায়ী অক্ষমতাজনিত আর্থিক অনুদানের আবেদন।

মহোদয়,

বিনীত বিনেদন এই যে, আমি ..... প্রতিষ্ঠানে  
..... হিসেবে কর্মরত আছি/ছিলাম। আমি ..... তারিখ হতে  
..... স্থায়ীভাবে অক্ষম হয়েছি। নিম্নে প্রয়োজনীয় তথ্যাদি আপনার সদয় অবগতির জন্য পেশ  
করা করলাম:

- (ক) কর্মচারীর নাম (বাংলায়) :  
(ইংরেজীতে বড় অক্ষরে) :
- (খ) পিতার নাম (বাংলায়) :  
(ইংরেজীতে বড় অক্ষরে) :
- (গ) আবেদনকারীর স্থায়ী ঠিকানা :
- (ঘ) কর্মচারীর পদবি (বাংলায়) :  
(ইংরেজীতে বড় অক্ষরে) :
- (ঙ) অফিসের নাম ও ঠিকানা :
- (চ) আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয়পত্রের নম্বর :
- (ছ) ব্যাংক ও শাখার নাম,  
হিসাব নম্বর ও রাউটিং নম্বর :  
(ইংরেজীতে বড় অক্ষরে) :
- (জ) কর্মচারীর জন্ম তারিখ :

৬৭০

- (ক) চাকুরীতে যোগদানের তারিখ :
- (খ) অক্ষমতাজনিত পেনশন গ্রহণের তারিখ :
- (গ) প্রার্থিত টাকার পরিমাণ :
- (ঘ) কর্মকর্তা রাজস্ব খাতভুক্ত কিনা :
- (ঙ) ক্ষতিগ্রস্তের অঙ্গের বিবরণ :

অতএব, আমার আবেদন সদয় বিবেচনাপূর্বক কল্যাণ অনুদান মঞ্জুরীর জন্য বিনীত অনুরোধ করছি।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর ও তারিখ  
বর্তমান ঠিকানা

আমি প্রতিজ্ঞাপূর্বক বলছি যে, এ আবেদনপত্রে উল্লিখিত তথ্যাদি আমার জ্ঞান ও বিশ্বাসমতে সত্য এবং আমি কোন তথ্য গোপন করিনি।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর ও তারিখ  
বর্তমান ঠিকানা

- ৬৮২ -

‘খ’ অংশঃ

(নিয়ন্ত্রণকারী কর্তৃপক্ষ কর্তৃক পুরণীয়, অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে দিতে হবে)

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম ..... পদবী  
..... ও কর্মস্থল ..... অত্র অফিসের একজন  
স্থায়ী/রাজস্বখাতভুক্ত কর্মচারী ছিলেন/আছেন। তিনি ..... তারিখে কর্মরত থাকাকালে মৃত্যুবরণ  
করেন/তীর..... অঙ্গ স্থায়ীভাবে হানি হয়েছে। তাঁকে..... টাকা আর্থিক অনুদান প্রদানের জন্য সুপারিশ  
করা হলো। এ কর্মচারীর আবেদনপত্রের ‘ক’ অংশে বর্ণিত তথ্যাদি সঠিক। তাঁর অনুকূলে এ ধরনের কোন আর্থিক  
অনুদানের আবেদনপত্র পূর্বে অত্র অফিস থেকে প্রেরণ করা হয়নি।

নিয়ন্ত্রণকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর ও তারিখ

নামযুক্ত সীল ও ঠিকানা

ফোন/মোবাইল নম্বর

তারিখ:

‘গ’ অংশঃ

(মেডিক্যাল বোর্ড কর্তৃক পুরণীয়, অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে দিতে হবে)

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম ..... পদবী  
..... ও কর্মস্থল ..... এর কাগজপত্র/তাকে অদ্য  
..... তারিখে পরীক্ষা করা হয়েছে। পরীক্ষায়/কাগজপত্রদুট্টে তাঁর..... অঙ্গ স্থায়ীভাবে  
হানি হয়েছে/তীর মৃত্যুর প্রদত্ত সনদ সঠিক।

মেডিক্যাল বোর্ডের সদস্য-  
সচিবের স্বাক্ষর ও তারিখ

মেডিক্যাল বোর্ডের সদস্যের  
স্বাক্ষর ও তারিখ

মেডিক্যাল বোর্ডের সভাপতির  
স্বাক্ষর ও তারিখ

‘ঘ’ অংশঃ

(বাছাই কমিটি কর্তৃক পুরণীয়, অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে দিতে হবে)

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম ..... পদবী  
..... ও কর্মস্থল ..... এর অনুকূলে মৃত্যু/অক্ষমতা  
জনিত কারণে আর্থিক অনুদান..... টাকা মঞ্জুরীর জন্য বাছাই কমিটির..... তারিখের সভায়  
সুপারিশ করা হয়েছে।

বাছাই কমিটির সভাপতির স্বাক্ষর

ও

নামযুক্ত সীল ও ঠিকানা

ফোন/মোবাইল নম্বর

তারিখ:

- ৬৮৮ -

‘ঙ’ অংশঃ

(কল্যাণ শাখা, জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়/সংশ্লিষ্ট শাখা,  
বিভাগীয় কমিশনার ও জেলা প্রশাসকের কার্যালয় কর্তৃক পূরণীয়)

জনাব/বেগম..... পদবী ..... ও  
কর্মস্থল ..... গত..... তারিখের কল্যাণ শাখা/সংশ্লিষ্ট শাখার স্মারক  
নং..... মূলে..... টাকা অনুদান মঞ্জুরী জারী করা হয়েছে।

তারিখ:

স্বাক্ষরসহ সীল  
সিনিয়র সহকারী সচিব/উপ সচিব  
কল্যাণ শাখা, জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়/সংশ্লিষ্ট শাখা  
কর্মকর্তা, বিভাগীয় কমিশনার ও জেলা  
প্রশাসকের কার্যালয়।