

পরিশিষ্ট-ক

আবেদনকারীর এক
কপি রঙিন পাসপোর্ট
সাইজের সত্যায়িত
ফটো

মন্ত্রণালয়/বিভাগ ও অধীনস্থ দপ্তর/প্রতিষ্ঠান এবং সাংবিধানিক প্রতিষ্ঠানে কর্মরত সরকারি কর্মচারীর
অনুকূলে চাকুরিরত অবস্থায় মৃত্যুজনিত আর্থিক অনুদান প্রদানের জন্য আবেদন ফরম

বরাবর

বিষয়: চাকুরিরত অবস্থায় মৃত্যুজনিত আর্থিক অনুদানের আবেদন।

মহোদয়,

বিনীত নিবেদন এই যে, আমার স্বামী/স্ত্রী প্রতিষ্ঠানে
..... হিসেবে কর্মরত ছিলেন। তিনি তারিখে
ইন্তেকাল করেন। নিম্নে প্রয়োজনীয় তথ্যাদি আপনার সদয় অবগতির জন্য পেশ করলাম :

- | | | |
|-----|---|---|
| (ক) | কর্মচারীর নাম (বাংলায়) | : |
| | (ইংরেজিতে বড় অক্ষরে) | : |
| (খ) | পিতা/স্বামী/স্ত্রীর নাম (বাংলায়) | : |
| | (ইংরেজিতে বড় অক্ষরে) | : |
| (গ) | কর্মচারীর পদবি (বাংলায়) | : |
| | (ইংরেজিতে বড় অক্ষরে) | : |
| (ঘ) | কর্মচারীর অফিসের নাম ও ঠিকানা | : |
| (ঙ) | আবেদনকারীর নাম ও স্থায়ী ঠিকানা | : |
| (চ) | আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয়পত্রের নম্বর | : |
| (ছ) | আবেদনকারীর সাথে সংশ্লিষ্ট মৃত কর্মচারীর সম্পর্ক | : |
| (জ) | মোবাইল ও ই-মেইল নম্বর | : |
| (ঝ) | মৃত কর্মচারীর জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর | : |
| (ঞ) | আবেদনকারীর ব্যাংক ও শাখার নাম, | : |
| | হিসাব নম্বর ও রাউটিং নম্বর | : |
| | (ইংরেজিতে বড় অক্ষরে) | : |

(ট)	কর্মচারীর জন্ম তারিখ	:
(ঠ)	চাকুরীতে যোগদানের তারিখ	:
(ড)	কর্মচারীর মৃত্যু তারিখ	:
(ঢ)	কর্মচারীর উত্তরাধিকারীর নাম ও ঠিকানা	:
(ণ)	কর্মচারী রাজস্ব খাতভুক্ত কিনা	:
(ত)	প্রার্থিত টাকার পরিমাণ	:

অতএব, আমার আবেদন সদয় বিবেচনাপূর্বক কল্যাণ অনুদান মঞ্জুরির 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 কোনো তথ্য গোপন করিনি।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর ও তারিখ
বর্তমান ঠিকানা

‘খ’ অংশঃ

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

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

তারিখ:

নিয়ন্ত্রণকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর ও তারিখ
নামযুক্ত সীল ও ঠিকানা
ফোন/মোবাইল নম্বর

‘গ’ অংশঃ

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

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম
 পদবি ও কর্মস্থলএর কাগজপত্র/তাঁকে
 অদ্য তারিখে পরীক্ষা করা হয়েছে। পরীক্ষায়/কাগজপত্রদৃষ্টে তাঁর.....অঙ্গ
 স্থায়ীভাবে হানি হয়েছে/তাঁর 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 পূরণীয়, অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে দিতে হবে)

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম
 পদবি ও কর্মস্থলএর অনুকূলে
 মৃত্যু/অক্ষমতাজনিত কারণে আর্থিক অনুদান.....টাকা মঞ্জুরির জন্য বাছাই
 কমিটির.....তারিখের সভায় সুপারিশ করা হয়েছে।

তারিখ:

বাছাই কমিটির সভাপতির স্বাক্ষর
 ও
 নামযুক্ত সীল ও ঠিকানা
 ফোন/মোবাইল নম্বর

‘ঙ’ অংশঃ

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

জনাব/বেগম.....পদবিও
কর্মস্থলগত.....তারিখের কল্যাণ শাখা/সংশ্লিষ্ট
শাখার স্মারক নং.....মূলে.....টাকা অনুদান মঞ্জুরি জারি করা হয়েছে।

তারিখ:

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