

ক্যান্সার, কিডনী, লিভার সিরোসিস, স্ট্রোকে প্যারালাইজড, জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া রোগে আক্রান্ত রোগীর আর্থিক সহায়তা প্রাপ্তির জন্য

আবেদনের নির্দেশিকা

১. আক্রান্ত রোগীকে (ক্যান্সার, কিডনী, লিভার সিরোসিস, স্ট্রোকে প্যারালাইজড, জন্মগত হৃদরোগ ও থ্যালাসেমিয়া) উপজেলা সমাজসেবা অফিসার, সংশ্লিষ্ট উপজেলা সমাজসেবা কার্যালয়ে মোট ০২ (দুই) সেট আবেদনপত্র জমা করতে হবে (একটি মূল এবং অন্যটি ফটোকপি);
২. আবেদনপত্রের সাথে অবশ্যই ফরমের নির্ধারিত স্থানে বিশেষজ্ঞ ডাক্তারের স্বাক্ষরিত প্রত্যয়নপত্রের মূলকপি সংযুক্ত করতে হবে। তবে জেলার ক্ষেত্রে সিভিল সার্জন সনাক্ত করতে পারবেন;
৩. জাতীয় পরিচয় পত্র/জন্ম সনদ (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত ফটোকপি) এর ০২ (দুই) সংযুক্ত করতে হবে;
৪. ০২ (দুই) কপি ছবি (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) যা দরখাস্তে গাম দিয়ে পেস্ট করা ছবির অতিরিক্ত সংযুক্ত করতে হবে;
৫. রোগীর বয়স আবেদনের তারিখে ১৮ বছরের কম হলে পিতা/ মাতা/ বৈধ অভিভাবক আবেদন করতে পারবেন, সেক্ষেত্রে আবেদনকারীর ০২ (দুই) কপি ছবি (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) এবং ০২ (দুই) কপি জাতীয় পরিচয় পত্রের ফটোকপি (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) সংযুক্ত করতে হবে।
৬. ইতিপূর্বে সমাজসেবা অধিদফতর/মন্ত্রণালয় হতে চিকিৎসা বাবদ অর্থ গ্রহণ করা হয়েছে কি না, সে বিষয়ে রোগীর/ আবেদনকারীর স্বাক্ষরিত প্রত্যয়নপত্র সংযুক্ত করতে হবে;
৭. আবেদনকারী এক অর্থ বছরের একবার এর বেশী আবেদন করতে পারবেন না;
৮. আবেদনকারীকে প্রয়োজনে www.welfaregrant.gov.bd ওয়েবসাইটের মাধ্যমে অনলাইনে আবেদন করে উক্ত আবেদনের প্রিন্টকৃত কপি স্বাক্ষরপূর্বক জমা দিতে হবে।

৯. আবেদনপত্রের সাথে রোগের সপক্ষে দাখিলযোগ্য প্রয়োজনীয় কাগজপত্র:

- ক. ক্যান্সার/কিডনী/লিভার সিরোসিস/স্ট্রোকে প্যারালাইজড/জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া রোগে আক্রান্ত রোগীকে অবশ্যই রেজিস্টার্ড চিকিৎসক কর্তৃক প্রত্যায়িত হতে হবে;
- খ. ক্যান্সারের ক্ষেত্রে Histopathology/Cytopathology/Bone Marrow Report বা অন্যান্য টেস্ট রিপোর্ট থাকতে হবে;
- গ. কিডনী রোগের ক্ষেত্রে Acute Renal Failure অথবা Chronic Renal Failure এ আক্রান্ত ডায়ালাইসিস সেবা নিচ্ছে, কিডনী প্রতিস্থাপনের প্রস্তুতি নিচ্ছে অথবা কিডনী প্রতিস্থাপন করেছে এমন রোগীদেরকে বিবেচনা করতে হবে। রক্তে ইউরিয়া ও ক্রিয়েটিনের মাত্রার রিপোর্ট থাকতে হবে;
- ঘ. লিভার সিরোসিস রোগের ক্ষেত্রে লিভারের আল্ট্রাসোনোগ্রাম রিপোর্ট এবং অন্যান্য টেস্ট রিপোর্ট থাকতে হবে;
- ঙ. স্ট্রোকে প্যারালাইজড আক্রান্ত রোগীকে নিউরোলজিস্ট কর্তৃক প্রত্যায়িত হতে হবে এবং MRI/CT Scan Report থাকলে ভাল হয়;
- চ. জন্মগত হৃদরোগের ক্ষেত্রে Echo Cardiogram রিপোর্ট এবং অন্যান্য টেস্ট রিপোর্ট থাকতে হবে;
- ছ. থ্যালাসেমিয়া রোগের ক্ষেত্রে রক্তের হিমোগ্লোবিন ইলেকট্রোফোরেসিস (Hemoglobin Electrophoresis) বা অন্যান্য প্রয়োজ্য পরীক্ষার রিপোর্ট থাকতে হবে।

বি. দ্র. এই পৃষ্ঠাটি আবেদনপত্রের সাথে সংযুক্ত করার প্রয়োজন নেই।

১৩. রোগীর পিতার জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর:
১৪. রোগীর জন্ম স্থান: উপজেলা জেলা:.....
১৫. রোগীর বৈবাহিক অবস্থা (টিক চিহ্ন দিন): (ক) অবিবাহিত (খ) বিবাহিত (গ) বিধবা/বিপত্তীক (ঘ) স্বামী/স্ত্রী পৃথক (ঙ) তালাক প্রাপ্ত/বিবাহ বিচ্ছিন্ন
১৬. রোগীর স্বামী/স্ত্রীর নাম (বাংলা):
১৭. রোগীর স্বামী/স্ত্রীর নাম (ইংরেজী বড় অক্ষরে):
১৮. রোগীর স্বামী/স্ত্রীর জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর:
১৯. রোগীর ব্যাংক একাউন্ট নম্বর, ব্যাংক ও শাখার নাম (যদি থাকে):
২০. রোগীর বর্তমান ঠিকানা:

২০.১	বাসা/হোল্ডিং নং	:	
২০.২	রাস্তার নাম নং	:	
২০.৩	ব্লক/সেক্টর/মৌজা/মহল্লা/এলাকার নাম	:	
২০.৪	গ্রাম	:	
২০.৫	ডাকঘর	:	
২০.৬	পোস্ট কোড	:	
২০.৭	ওয়ার্ড নম্বর	:	
২০.৮	ইউনিয়ন/ ক্যা: বো:	:	
২০.৯	উপজেলা	:	
২০.১০	থানা	:	
২০.১১	সিটি কর্পোরেশন/পৌরসভা	:	
২০.১২	জেলা	:	
২০.১৩	দেশ	:	বাংলাদেশ।
২০.১৪	ফোন নং	:	
২০.১৫	মোবাইল নং	:	
২০.১৬	ই-মেইল	:	

২১. নমিনি সংক্রান্ত তথ্য :

২১.১	নাম	:	
২১.২	পিতা/ মাতার নাম	:	
২১.৩	জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর	:	
২১.৪	রোগীর সাথে সম্পর্ক	:	
২১.৫	মোবাইল নম্বর	:	

২২. রোগীর স্থায়ী ঠিকানা:

২২.১	বাসা/হোল্ডিং নং	:	
২২.২	রাস্তার নাম নং	:	
২২.৩	ব্লক/সেক্টর/মৌজা/মহল্লা/এলাকার নাম	:	
২২.৪	গ্রাম	:	
২২.৫	ডাকঘর	:	
২২.৬	পোস্ট কোড	:	
২২.৭	ওয়ার্ড নম্বর	:	
২২.৮	ইউনিয়ন/ ক্যা: বো:	:	
২২.৯	উপজেলা	:	
২২.১০	থানা	:	
২২.১১	সিটি কর্পোরেশন/পৌরসভা	:	
২২.১২	জেলা	:	
২২.১৩	দেশ	:	বাংলাদেশ।

২৩. রোগীর পেশা:

২৪. রোগীর/অভিভাবকের বাৎসরিক আয়:

২৫. রোগীর/অভিভাবকের জমি/ সম্পদের পরিমাণ:

এতদ্বারা প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, উপরে প্রদত্ত তথ্যাদি আমার জানামতে সঠিক।

.....
আবেদনকারীর স্বাক্ষর

(রোগীর বয়স আবেদনের তারিখে ১৮ বছরের কম হলে পিতা/মাতা/বৈধ অভিভাবক আবেদন করতে পারবেন*)

আবেদনকারীর নাম:

রোগীর সাথে সম্পর্ক:

আবেদনকারীর মাতার নাম:

আবেদনকারীর পিতার নাম:

আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয়পত্র নং

আবেদনকারীর মোবাইল নং

সংযুক্তি:

১. বিশেষজ্ঞ ডাক্তার কর্তৃক প্রদত্ত সংশ্লিষ্ট রোগের প্রত্যয়ন পত্রের মূলকপি (নির্দিষ্ট ছকে)।
২. রোগের ব্যবস্থাপত্র সংক্রান্ত প্রয়োজনীয় কাগজপত্রের (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) ফটোকপি।
৩. জাতীয় পরিচয় পত্র/জন্ম সনদের (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) ফটোকপি।
৪. ০২ (দুই) কপি ছবি (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) যা দরখাস্তে গাম দিয়ে পেস্ট করা ছবির অতিরিক্ত।
৫. রোগী কর্তৃক প্রত্যয়ন পত্র।
৬. *রোগীর বয়স আবেদনের তারিখে ১৮ বছরের কম হলে পিতা/মাতা/বৈধ অভিভাবক আবেদন করতে পারবেন, সেক্ষেত্রে আবেদনকারীর ০২ (দুই) কপি ছবি ও জাতীয় পরিচয় পত্রের ফটোকপি (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত)।

(সংশ্লিষ্ট বিশেষজ্ঞ ডাক্তার কর্তৃক ক্যান্সার/কিডনী/লিভার সিরোসিস/স্ট্রোকে প্যারালাইজড/জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া রোগের প্রত্যয়ন পত্র)

এই মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম

পিতা/স্বামী:

মাতা:

ঠিকানা:

.....

.....

তিনি একজন ক্যান্সার/কিডনী/লিভার সিরোসিস/ স্ট্রোকে প্যারালাইজড/

জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া রোগে আক্রান্ত রোগী।

[বি. দ্র. পরিষ্কারভাবে রোগের নাম ও ধরন উল্লেখ করতে হবে, অন্যথায় আবেদন বাতিল হয়ে যাবে।]

.....
(স্বাক্ষর, তারিখ ও সীল)

ডাক্তারের রেজিস্ট্রেশন নং:

ফোন:

মোবাইল:

আবেদনপত্রের সাথে প্রয়োজনীয় কাগজপত্র:

- ক. ক্যান্সার/কিডনী/লিভার সিরোসিস/স্ট্রোকে প্যারালাইজড/জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া রোগে আক্রান্ত রোগীকে অবশ্যই রেজিস্টার্ড চিকিৎসক কর্তৃক প্রত্যায়িত হতে হবে;
- খ. ক্যান্সারের ক্ষেত্রে Histopathology/Cytopathology/Bone Marrow Report বা অন্যান্য টেস্ট রিপোর্ট থাকতে হবে;
- গ. কিডনী রোগের ক্ষেত্রে Acute Renal Failure অথবা Chronic Renal Failure এ আক্রান্ত ডায়ালাইসিস সেবা নিচ্ছে, কিডনী প্রতিস্থাপনের প্রস্তুতি নিচ্ছে অথবা কিডনী প্রতিস্থাপন করেছে এমন রোগীদেরকে বিবেচনা করতে হবে। রক্তে ইউরিয়া ও ক্রিয়েটিনের মাত্রার রিপোর্ট থাকতে হবে;
- ঘ. লিভার সিরোসিস রোগের ক্ষেত্রে লিভারের আল্ট্রাসোনোগ্রাম রিপোর্ট থাকতে হবে;
- ঙ. স্ট্রোকে প্যারালাইজড আক্রান্ত রোগীকে নিউরোলজিস্ট কর্তৃক প্রত্যায়িত হতে হবে এবং MRI/CT Scan Report থাকলে ভাল হয়;
- চ. জন্মগত হৃদরোগের ক্ষেত্রে Echo Cardiogram রিপোর্ট থাকতে হবে;
- ছ. থ্যালাসেমিয়া রোগের ক্ষেত্রে রক্তের হিমোগ্লোবিন ইলেকট্রোফোরেসিস (Hemoglobin Electrophoresis) বা অন্যান্য প্রয়োজ্য পরীক্ষার রিপোর্ট থাকতে হবে।

প্রত্যয়ন পত্র

আমি/ আমার পুত্র/ কন্যা/ পোষ্য,

পিতা/স্বামী-....., মাতা-.....

গ্রাম-, ডাকঘর-.....

থানা/উপজেলা-, জেলা..... এই মর্মে প্রত্যয়ন করছি যে,

ক্যান্সার/ কিডনী/ লিভার সিরোসিস/ স্ট্রোক প্যারালাইজড/ জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া রোগের চিকিৎসা খরচ বাবদ সরকার হতে কোন আর্থিক সহায়তা গ্রহণ করছি/ করি নাই।

.....

আবেদনকারীর স্বাক্ষর

(রোগীর বয়স আবেদনের তারিখে ১৮ বছরের কম হলে পিতা/মাতা/বৈধ অভিভাবক আবেদন করতে পারবেন)

আবেদনকারীর নাম:

রোগীর সাথে সম্পর্ক:

আবেদনকারীর মাতার নাম:

আবেদনকারীর পিতার নাম:

আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয় পত্র নং

আবেদনকারীর মোবাইল নং