

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার  
সমাজ কল্যাণ মন্ত্রণালয়  
সমাজ সেবা অধিদফতর  
সরকারি শিশু পরিবার/শিশু সদন সমূহে অনাথ শিশু ভর্তির আবেদন পত্র  
(বালক / বালিকা)

সত্যায়িত ছবি  
২ কপি

প্রতিষ্ঠানের নাম : .....।  
জেলা : .....।

১. প্রার্থীর নামঃ.....
২. (ক) পিতার নাম :.....  
(খ) মাতার নাম :.....
৩. স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম/মহল্লা ..... ডাকঘরঃ..... উপজেলা : ..... জেলা : .....
৪. বর্তমান ঠিকানা : গ্রাম ..... ডাকঘরঃ ..... উপজেলা : ..... জেলা : .....
৫. জন্ম তারিখ : ..... বর্তমান বয়স :.....
৬. জাতীয়তা : ..... ধর্ম :.....
৭. শিক্ষাগত যোগ্যতা : .....
৮. অভিভাবকের নাম : ..... পেশা : ..... মাসিক আয় : .....
- শিশুর সাথে সম্পর্ক : .....
- ঠিকানা : .....
৯. পিতৃ-মাতৃহীন না কেবল পিতৃহীন : .....
১০. (ক) পিতার মৃত্যুর তারিখ ও কারণ : .....
- (খ) মাতার মৃত্যুর তারিখ ও কারণ : .....
১১. পৈত্রিক স্থাবর সম্পত্তি আছে কি না ? .....
১২. অনাথের শারিরিক অবস্থা কেমন : .....
১৩. অনাথের ভাই/ বোন কতজন এবং তাদের বয়স এবং পেশা : .....
১৪. অনাথের কোন মারাত্মক অথবা ছোঁয়াচে রোগ আছে কি না - থাকলে উহা কি ?.....  
১৫. দরখাস্তে বর্ণিত অনাথের অন্য কোন সহোদর ভাই বা বোন  
ইতোপূর্বে যে কোন সরকারি শিশু পরিবার/ সদনে ভর্তি হয়েছে কি না ?  
হয়ে থাকলে, বিস্তারিত বিবরণ : .....
১৬. প্রার্থীর ঘোষণাপত্রঃ আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, আবেদন পত্রে বর্ণিত বিবরণ সত্য এবং নির্ভুল। অঙ্গীকার  
করছি যে, কেন্দ্র ভর্তি হওয়ার পর কেন্দ্রের যাবতীয় বিধি-বিধানও নিয়ম শৃংখলা মেনে চলব এবং শান্তি-শৃংখলার  
পরিপন্থী কোন কাজে লিপ্ত হব না। নিবাস কর্তৃপক্ষের আদেশ-নির্দেশ মেনে চলব।

অভিভাবকের স্বাক্ষর/টিপসহি

টিপসহি

আবেদনকারীর স্বাক্ষর/

তারিখ : .....  
অঃ পৃঃ দ্রঃ

১৭. ইউনিয়ন পরিষদ চেয়ারম্যান/ ওয়ার্ড কমিশনারের মতামত :

আবেদনকারী.....পিতা/মাতা : .....

গ্রাম/মহলাঃ.....ডাকঘরঃ.....উপজেলাঃ.....জেলা : .....

অত্র ইউনিয়ন/ওয়ার্ডের স্থায়ী বাসিন্দা। সে একজন এতিম/অনাথ শিশু। সে সরকারি খরচে লালন-পালনযোগ্য।

তারিখ : .....

চেয়ারম্যান / ওয়ার্ড কমিশনার  
(স্বাক্ষর ও সীল)

১৮. সংশ্লিষ্ট উপজেলা সমাজসেবা কর্মকর্তার মতামতঃ

তারিখ : .....

.....  
উপজেলা সমাজসেবা কর্মকর্তা  
(স্বাক্ষর ও সীল)

১৯. সিভিল সার্জন/উপজেলা স্বাস্থ্য ও পরিবার পরিকল্পনা কর্মকর্তার মতামতঃ-

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, আবেদনকারী এর বয়স : ..... বছর। সে শারিরিক ভাবে সুস্থ / অসুস্থ  
আছে / নেই তাঁর শারিরিক বা মানসিক দুর্বলতা আছে / নেই।

তারিখ : ..... সিভিল সার্জন / উপজেলা স্বাস্থ্য পরিবার পরিকল্পনা কর্মকর্তা  
(স্বাক্ষর ও সীল)

২০. ভর্তি কমিটির সিদ্ধান্তঃ(ক) ভর্তি করা হলো(খ)ভর্তি করা হলো বা(গ)পরে বিবেচনা করা হবে ব্যবস্থাপনা কমিটির  
সিদ্ধান্ত মোতাবেক।

.....  
উপ-পরিচালক  
সদস্য-সচিব, শান্তি নিবাস

(গুধুমাত্র সরকারি শিশু পরিবারের ক্ষেত্রে)

তত্ত্বাবধায়ক/ উপতত্ত্বাবধায়ক

(সরকারি শিশু পরিবারের ক্ষেত্রে)

.....  
উপ-পরিচালক  
জেলা সমাজসেবা কার্যালয়

.....