

আবেদনকারীর
পাসপোর্ট সাইজের
এক কপি রঙ্গিন
সত্যায়িত ছবি

মন্ত্রনালয়/বিভাগ ও অধীনস্থ দপ্তর/প্রতিষ্ঠান এবং সাংবিধানিক প্রতিষ্ঠানে কর্মরত সরকারি কর্মকর্তা/কর্মচারীর অনুকূলে মৃত্যু/স্থায়ী
অক্ষমতাজনিত আর্থিক অনুদান প্রদানের জন্য আবেদন ফরম

বরাবর

জেলা প্রশাসক
চাঁপাইনবাবগঞ্জ

বিষয়: মৃত্যুজনিত কারণে আর্থিক অনুদানের জন্য আবেদন।

মহোদয়,

বিনীত নিবেদন এই যে, আমি/আমার স্বামী/স্ত্রী
প্রতিষ্ঠানে হিসেবে কর্মরত আছি/ছিলেন। আমি/তিনি
..... তারিখে ইন্তেকাল করেছেন/..... অজ্ঞাহানি হয়ে স্থায়ীভাবে অক্ষম
হয়েছি (অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে দিতে হবে)। নিম্নে প্রয়োজনীয় তথ্যাদি আপনার সদয় অবগতির জন্য পেশ করা হলো।

“ক” অংশ: কর্মচারী/প্রকৃত উত্তরাধিকারী কর্তৃক পূরণ করতে হবে (অপ্রয়োজনীয় অংশ পূরণ করার দরকার নেই)

- (ক) কর্মকর্তা/কর্মচারীর নাম (বাংলায়) :
(ইংরেজীতে বড় অক্ষরে)
- (খ) পিতার/স্বামীর/স্ত্রীর নাম (বাংলায়) :
(ইংরেজীতে বড় অক্ষরে)
- (গ) পদবী (বাংলায়) :
(ইংরেজীতে বড় অক্ষরে)
- (ঘ) অফিসের নাম ও ঠিকানা :
- (ঙ) আবেদনকারীর নাম ও ঠিকানা :
(মৃত কর্মকর্তা/কর্মচারীর ক্ষেত্রে উত্তরাধিকারী)

- (চ) আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয়পত্র নং :
(সত্যায়িত ফটোকপি সংযুক্ত করতে হবে)
- (ছ) আবেদনকারীর সাথে সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তা/কর্মচারীর সম্পর্ক :
- (জ) ফোন/মোবাইল নং/ই-মেইল ঠিকানা :
- (ঝ) ব্যাংক হিসাব নম্বর, ব্যাংকের নাম ও ব্যাংকের :
শাখার নাম (যে হিসাবে অনুদানের অর্থ পেতে ইচ্ছুক)
- (ঞ) কর্মকর্তা/কর্মচারীর জন্ম তারিখ :
- (ট) চাকরিতে যোগদানের তারিখ :
- (ঠ) কর্মকর্তা/কর্মচারী রাজস্বখাত ভুক্ত কি না :
- (ড) কর্মকর্তা/কর্মচারীর উত্তরাধিকারীর নাম ও ঠিকানা :
(উপযুক্ত কর্তৃপক্ষের সনদ সংযুক্ত করতে হবে)
- (ঢ) মৃত ব্যক্তির পক্ষে আবেদন করার জন্য অন্যান্য :
উত্তরাধিকারীগণ কর্তৃক প্রদত্ত ক্ষমতাপত্র
- (ণ) সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তা/কর্মচারীর মৃত্যুর তারিখ :
(মৃত্যু সনদ সংযুক্ত করতে হবে)
- (ত) ক্ষতিগ্রস্থ অঙ্গের বিবরণ (অক্ষমতা সমর্থনে চিকিৎসকের :
কাগজপত্র সংযুক্ত করতে হবে)
- (থ) প্রার্থিত টাকার পরিমাণ :

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

তারিখ:

আবেদনকারীর স্বাক্ষর
সীল/বর্তমান ঠিকানা

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

তারিখ:

আবেদনকারীর স্বাক্ষর
সীল/বর্তমান ঠিকানা

‘খ’ অংশ: নিয়ন্ত্রনকারী কর্তৃপক্ষ কর্তৃক পুরণীয় (অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে দিতে হবে)

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

তারিখ:

নিয়ন্ত্রনকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর ও তারিখ
নামযুক্ত সীল ও ঠিকানা
ফোন/মোবাইল নং

‘গ’ অংশ: মেডিকেল বোর্ড কর্তৃক পুরণীয় (অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে দিতে হবে)

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

মেডিকেল বোর্ডের সদস্য সচিব স্বাক্ষর ও তারিখ	মেডিকেল বোর্ডের সদস্যের স্বাক্ষর ও তারিখ	মেডিকেল বোর্ডের সভাপতির স্বাক্ষর ও তারিখ
--	---	---

‘ঘ’ অংশ: বাছাই কমিটি কর্তৃক পুরণীয় (অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে দিতে হবে)

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

তারিখ:

অতিরিক্ত জেলা প্রশাসক (সার্বিক)
ও
সভাপতি
জেলা আবেদন যাচাই-বাছাই ও সুপারিশ কমিটি
চাঁপাইনবাবগঞ্জ
মোবাইল নং-

‘ঙ’ অংশ: (জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়/সংশ্লিষ্ট শাখা, বিভাগীয় কমিশনার ও জেলা প্রশাসকের কার্যালয় কর্তৃক পুরণীয়)

জনাব/বেগম পদবী
ও কর্মস্থল গত
তারিখের কল্যাণ শাখার স্মারক নং মূলে টাকা অনুদান মঞ্জুরী জারি
করা হয়েছে।

তারিখ:

সহকারী কমিশনার
সাধারণ শাখা
জেলা প্রশাসকের কার্যালয়, চাঁপাইনবাবগঞ্জ