

- ৬৬৬ -

‘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।

আবেদনপত্রের সঙ্গে নিম্নরূপ কাগজপত্র সংযুক্ত করতে হবে :

(পরিশিষ্ট-ক)

১। আবেদন ফর্ম (নির্ধারিত)-১ কপি

(পরিশিষ্ট-খ)

১. আবেদনকারীর ছবি-১ কপি (সত্যায়িত)
 ২. মৃত কর্মচারীর উত্তরাধিকার সনদ ও আবেদনকারীর নন ম্যারিজ সার্টিফিকেট**-১ কপি
 ৩. অভিভাবক মনোনয়ন (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) এবং কল্যাণ অনুদানের টাকা উত্তোলন করার জন্য ক্ষমতা অর্পণ সনদ-
১ কপি
 ৪. শেষ বেতনের প্রত্যয়নপত্র (LPC), চাকরিকালীন যে-কোনো সময়ের/কর্মস্থলের LPC (অবশ্যই সংশ্লিষ্ট
কর্মস্থলের প্রধান হিসাবরক্ষণ কর্মকর্তা/হিসাবরক্ষণ কর্মকর্তা কর্তৃক প্রতिस্বাক্ষরিত হতে হবে)-১ কপি
 ৫. জাতীয় বেতন স্কেল ২০১৫ এর Online Pay Fixation এর কপি।
 ৬. আবেদনকারীর আবেদনে উল্লেখিত ব্যাংক হিসাবের MICR চেক বই এর প্রথম পাতার ফটোকপি।
 ৭. স্থানীয় সরকার প্রতিষ্ঠান প্রদত্ত মৃত্যু সনদ (ইউনিয়ন পরিষদ/পৌরসভা/সিটি কর্পোরেশন)-১ কপি
 ৮. নন-গেজেটেড কর্মচারীর ক্ষেত্রে সার্ভিস বুক/গেজেটেড কর্মচারীর ক্ষেত্রে চাকরির বিবরণী-১ কপি
 ৯. পেনশন মঞ্জুরি আদেশ-(অক্ষমতাজনিত পেনশনের ক্ষেত্রে)
 ১০. আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয়পত্র-১ কপি
 ১১. মৃত কর্মচারীর জাতীয় পরিচয়পত্র-১ কপি
- ** আবেদনকারী স্ত্রী হলে এবং বয়স ৫০-এর অধিক হলে নন-ম্যারিজ সার্টিফিকেট-এর প্রয়োজন নেই।

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 :

৬৯০

- (ঝ) চাকুরীতে যোগদানের তারিখ :
- (ঞ) অক্ষমতাজনিত পেনশন গ্রহণের তারিখ :
- (ট) প্রার্থিত টাকার পরিমাণ :
- (ঠ) কর্মকর্তা রাজস্ব খাতভুক্ত কিনা :
- (ড) 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

-৬৮৯-

‘খ’ অংশঃ

(নিয়ন্ত্রণকারী কর্তৃপক্ষ কর্তৃক পূরণীয়, 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/তঁর..... 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।

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 পদবী
..... ও কর্মস্থল এর কাগজপত্র/তঁকে অদ্য
..... তারিখে পরীক্ষা করা হয়েছে। পরীক্ষায়/কাগজপত্রদৃষ্টে তাঁর..... অঙ্গ স্থায়ীভাবে
হানি হয়েছে/তঁর 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 পদবী
..... ও কর্মস্থল এর অনুকূলে মৃত্যু/অক্ষমতা
জনিত কারণে আর্থিক অনুদান..... টাকা মঞ্জুরীর জন্য বাছাই কমিটির..... তারিখের সভায়
সুপারিশ করা হয়েছে।

তারিখ:

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