

ঘাটশিবর সখা

পরিশিষ্ট-ক

আবেদনকারীর এক
কপি রসিন
পাসপোর্ট সাইজের
সত্যায়িত ছবি

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

বরারব

জেলা প্রশাসক
বগুড়া

বিষয়: স্থায়ী অক্ষমতাজনিত আর্থিক অনুদানের আবেদন।

মহোদয়,

বিনীত নিবেদন এই যে, আমি..... প্রতিষ্ঠানে
.....হিসেবে কর্মরত ছিলাম। আমি..... তারিখ
হতে.....স্থায়ীভাবে অক্ষম হয়েছি। নিম্নে প্রয়োজনীয় তথ্যাদি আপনার
সদয় অবগতির জন্য পেশ 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) আবেদনকারীর ব্যাংক ও শাখার নাম, :
হিসাব নম্বর ও রাউটিং নম্বর
(ইংরেজীতে বড় অক্ষরে)
- (জ) কর্মচারীর জন্ম তারিখ :
- (ঝ) চাকুরিতে যোগদানের তারিখ :

- (ঞ) অক্ষমতাজনিত অবসর গ্রহণের তারিখ ঃ
- (ট) প্রার্থিত টাকার পরিমাণ ঃ
- (ঠ) কর্মচারী রাজস্ব খাতভুক্ত কিনা ঃ
- (ড) ক্ষতিগ্রস্ত অঙ্গের বিবরণ ঃ

অতএব, আমার আবেদন সময় 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” অংশ :

(নিয়ন্ত্রণকারী কর্তৃপক্ষ কর্তৃক পূর্ণনীয়, 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/তঁার..... অঙ্গ স্থায়ীভাবে হানি হয়েছে। তঁাকে..... টাকা
আর্থিক অনুদান প্রদানের জন্য সুপারিশ করা হলো। এ কর্মচারীর আবেদনপত্রের “ক” অংশে বর্ণিত তথ্যাদি সঠিক। তঁার
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” অংশ :

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

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম..... পদবি
.....ও কর্মস্থল..... এর কাগজপত্র/তঁাকে
অদ্য তারিখে পরীক্ষা করা হয়েছে। পরীক্ষায়/কাগজপত্রদৃষ্টে তঁার..... অঙ্গ স্থায়ীভাবে
হানি হয়েছে/তঁার মৃত্যুর প্রদত্ত সনদ সঠিক।

মেডিক্যাল বোর্ডের
সদস্য সচিবের স্বাক্ষর ও তারিখ

মেডিক্যাল বোর্ডের
সদস্যের স্বাক্ষর ও তারিখ

মেডিক্যাল বোর্ডের
সভাপতির স্বাক্ষর ও তারিখ

“ঘ” অংশ :
(বাছাই কমিটি কর্তৃক পূরণীয়, অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে দিতে হবে)

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম..... পদবি
.....ও কর্মস্থল এর 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” অংশ :
(কল্যাণ শাখা, জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়/সংশ্লিষ্ট শাখা, বিভাগীয় কমিশনার ও জেলা প্রশাসকের কার্যালয় কর্তৃক পূরণীয়)

জনাব/বেগম..... পদবি..... ও
কর্মস্থল..... গত..... তারিখের কল্যাণ শাখা/সংশ্লিষ্ট শাখার
স্মারক নংমূলে..... 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।

পরিশিষ্ট-ক

আবেদনকারীর এক
কপি রসিদ
পাসপোর্ট সাইজের
সত্যায়িত ছবি

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

বরারব,
জেলা প্রশাসক
বগুড়া

বিষয়: চাকুরীরত অবস্থায় মৃত্যুজনিত আর্থিক অনুদানের আবেদন।

মহোদয়,

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

- (ক) কর্মচারীর নাম (বাংলায়) :
(ইংরেজীতে বড় অক্ষরে)
- (খ) পিতা/স্বামী/স্ত্রীর নাম (বাংলায়) :
(ইংরেজীতে বড় অক্ষরে)
- (গ) কর্মচারীর পদবি (বাংলায়) :
(ইংরেজীতে 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 :

- (এঃ) 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 সময় 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” অংশ :

(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/তঁার..... 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 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” অংশ :

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

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

মেডিক্যাল বোর্ডের
সদস্য সচিবের স্বাক্ষর ও তারিখ

মেডিক্যাল বোর্ডের
সদস্যের স্বাক্ষর ও তারিখ

মেডিক্যাল বোর্ডের
সভাপতির স্বাক্ষর ও তারিখ

“ঘ” অংশ :
(বাছাই কমিটি কর্তৃক পূরণীয়, অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে দিতে হবে)

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম..... পদবি
.....ও কর্মস্থল এর 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” অংশ :

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

জনাব/বেগম..... পদবি..... ও
কর্মস্থল..... গত..... তারিখের কল্যাণ শাখা/সংশ্লিষ্ট শাখার
স্মারক নংমূলে..... 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