

আবেদনকারীর
পাসপোর্ট সাইজের ১
কপি সত্যায়িত ছবি

সরকারি ও তালিকাভুক্ত স্বায়ত্তশাসিত সংস্থার সকল গ্রেডে কর্মরত/ অবসরপ্রাপ্ত কর্মচারী/ তাদের পরিবারের সদস্য এবং মৃত কর্মচারীর পরিবারের সদস্যদের
কল্যাণ তহবিল হতে চিকিৎসা অনুদানের জন্য আবেদন ফর্ম

- ১। (ক) আবেদনকারীর নাম(মৃত কর্মচারীর ক্ষেত্রে) (বাংলায়) :
(ইংরেজিতে বড় অক্ষরে) :
- (খ) কর্মচারীর সাথে আবেদনকারীর সম্পর্ক :
- ২। (ক) কর্মচারীর নাম (বাংলায়) :
(ইংরেজিতে বড় অক্ষরে) :
(খ) পিতা/ স্বামীর নাম :
(গ) পদবি (বাংলায়) :
(ইংরেজিতে বড় অক্ষরে) :
(ঘ) অফিসের নাম ও ঠিকানা (বাংলায়) :
(ইংরেজিতে বড় অক্ষরে) :
- (ঙ) কর্মচারীর জাতীয় পরিচয় পত্র নং :
- (চ) জাতীয় বেতনস্কেল, ২০১৫-এ বেতননির্ধারণ ফরমের ভেরিফিকেশন নম্বর :
- ৩। (ক) কর্মচারী/ আবেদনকারীর ফোন/ মোবাইল নং :
(খ) কর্মচারী/ আবেদনকারীর ব্যাংক হিসাব নম্বর, ব্যাংকের নাম, শাখার নাম :
(জেলাসহ) :
(গ) ব্যাংক শাখার রাউটিং নম্বর (বাধ্যতামূলক) :
- ৪। (ক) কর্মচারীর জন্ম তারিখ :
(খ) কর্মচারীর অবসরের তারিখ/ মৃত্যুর তারিখ :
(গ) কর্মচারী রাজস্বস্বত্বভুক্ত/ বোর্ডের তালিকাভুক্ত সংস্থার কিনা :
- ৫। (ক) রোগের নাম :
(খ) রোগীর সাথে কর্মচারীর/ আবেদনকারীর সম্পর্ক :
(গ) সন্তান প্রসবের ক্ষেত্রে অস্ত্রোপচার হলে কত তম অস্ত্রোপচার :
(ঘ) ক্লিনিক বা হাসপাতালে ভর্তি হয়ে থাকলে ক্লিনিক বা হাসপাতালের নাম :
(ঙ) মোট খরচের পরিমাণ :

আমি প্রতিজ্ঞাপূর্বক বলছি যে, উল্লিখিত তথ্যাদি আমার জ্ঞান ও বিশ্বাসমতে সত্য এবং আমি কোন তথ্য গোপন করিনি। আমি একই পঞ্জিকা বর্ষে এ খাত থেকে একবারের বেশি অনুদান গ্রহণ করলে তা সরকারি কোষাগারে ফেরত দিতে বাধ্য থাকবো।

কর্মচারী/ আবেদনকারীর স্বাক্ষর
সিল (যদি থাকে)

অফিস প্রধানের প্রত্যয়ন

স্মারক নং.....

তারিখ:

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে,(অফিসের নাম) কর্মরত/ অবসরপ্রাপ্ত/
মৃত জনাব/ বেগম এর অথবা পরিবারের সদস্য জনাব/
বেগম এর আবেদনপত্রে উল্লিখিত তথ্যাবলি সঠিক এবং এ বছর
তার নামে চিকিৎসা অনুদানের জন্য কোন আবেদনপত্র প্রেরণ করা হয়নি। সুতরাং তাকে কল্যাণ তহবিল হতে চিকিৎসা অনুদান মঞ্জুরির জন্য সুপারিশ
করা যাচ্ছে।

অফিস প্রধানের স্বাক্ষর ও নামযুক্ত সিল
ফোন/মোবাইল নম্বর (বাধ্যতামূলক)
ই-মেইল ঠিকানা:

আবেদন করার নিয়মাবলী:

- ১) বর্ষপঞ্জি অনুযায়ী বছরে একবার মাত্র চিকিৎসা অনুদানের জন্য আবেদন করা যায়;
- ২) বর্ষপঞ্জি অনুযায়ী চিকিৎসার ২(দুই) বছরের মধ্যে আবেদন করা যাবে;
- ৩) কর্মচারীর অবসর/মৃত্যুর পর তাঁর বয়স ৬৭ বছর পর্যন্ত এ সাহায্য দেয়া হয়;
- ৪) আবেদনের সঙ্গে প্রয়োজনীয় যে সমস্ত কাগজপত্র সংযুক্ত করতে হবে:
 - (ক) ডাক্তারী ব্যবস্থাপত্রের সত্যায়িত কপি (অফিস প্রধান/ সংশ্লিষ্ট অফিসেরদায়িত্বপ্রাপ্ত কর্মকর্তা কর্তৃক);
 - (খ) ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী ঔষধ ক্রয়ের মূল ভাউচার;
 - (গ) ক্লিনিক বা হাসপাতালে ভর্তি হয়ে থাকলে ক্লিনিক বা হাসপাতালের মূল ছাড়পত্র;
 - (ঘ) ভাই/বোন বা পিতা/মাতার ক্ষেত্রে নির্ভরশীলতার প্রত্যয়নপত্র;
 - (ঙ) খরচের হিসাববিবরণী(কর্মচারীর স্বাক্ষর সহ);
 - (চ) জাতীয় বেতনস্কেল, ২০১৫-এ বেতননির্ধারণ ফরমের ভেরিফিকেশন নম্বরের জন্য বেতননির্ধারণ ফরমের ফটোকপি।
- ৫। আবেদন ফরম www.bkkb.gov.bd ওয়েবসাইট থেকে সংগ্রহ করা যাবে/ পুরণকৃত ফরম প্রয়োজনীয় কাগজপত্রসহ নিম্নবর্ণিত অফিসসমূহে জমা দেয়া যাবে।
 - (ক) ঢাকা মহানগরীর ক্ষেত্রে: মহাপরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়, ১ম ১২ তলা সরকারি অফিস ভবন (১১তলা), সেগুনবাগিচা, ঢাকা।
 - (খ) ঢাকা বিভাগের ক্ষেত্রে: উপপরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, বিভাগীয় কার্যালয়, ১ম ১২ তলা সরকারি অফিস ভবন (৩য় তলা) সেগুনবাগিচা, ঢাকা।
 - (গ) চট্টগ্রাম বিভাগের ক্ষেত্রে: উপপরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, বিভাগীয় কার্যালয়, সরকারি কার্য ভবন-১, আগ্রাবাদ, চট্টগ্রাম।
 - (ঘ) রাজশাহী বিভাগের ক্ষেত্রে: উপপরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, বিভাগীয় কার্যালয়, রাজশাহী।
 - (ঙ) খুলনা বিভাগের ক্ষেত্রে: উপপরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, বিভাগীয় কার্যালয়, খুলনা বিভাগীয় কমিশনারের কার্যালয়, বয়রা, খুলনা।
 - (চ) বরিশাল বিভাগের ক্ষেত্রে: উপপরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, বিভাগীয় কার্যালয়, কাশিপুর, বরিশাল।
 - (ছ) সিলেট বিভাগের ক্ষেত্রে: উপপরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, বিভাগীয় কার্যালয়, আলমপুর, সিলেট।
 - (জ) রংপুর বিভাগের ক্ষেত্রে: উপপরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, বিভাগীয় কার্যালয়, বিভাগীয় কমিশনারের কার্যালয়, রংপুর।