

আবেদনকারীর এক কপি
রঙিন পাসপোর্ট সাইজের
সম্মুখিত ফটো

মন্ত্রণালয়/বিভাগ ও অধিনায় দপ্তর/প্রতিষ্ঠান এবং সাংবিধানিক প্রতিষ্ঠানে কর্মরত সরকারী কর্মকর্তা/কর্মচারীর অনুকূলে
মৃত্যু/স্থায়ী অক্ষমতাজনিত আর্থিক অনুদান প্রদানের জন্য আবেদন ফর্ম

বরাবর
সিনিয়র সচিব/সচিব
জনশ্রমসন মন্ত্রণালয়

বিষয় : মৃত্যু/স্থায়ী অক্ষমতাজনিত কারণে আর্থিক অনুদানের জন্য আবেদন।

মহোদয়,

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

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

- | | |
|---|---|
| (ক) কর্মকর্তা/কর্মচারীর নাম (বাংলায়) | : |
| (ইংরেজিতে বড় অক্ষরে) | |
| (খ) পিতার/স্বামীর/স্ত্রীর নাম (বাংলায়) | : |
| (ইংরেজিতে বড় অক্ষরে) | |
| (গ) পত্নি (বাংলায়) | : |
| (ইংরেজিতে 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/ই-মেইল নং :
- (ঝ) ব্যাংক হিসাব নম্বর
ব্যাংকের নাম ও ব্যাংকের শাখার নাম
(যে হিসাবে অনুদানের অর্থ পেতে ইচ্ছুক) :
- (ঞ) কর্মকর্তা/কর্মচারী জন্ম তারিখ :
- (ট) চাকরিতে যোগদানের তারিখ :
- (ঠ) কর্মকর্তা/কর্মচারী রাজস্বসংক্রান্ত সূত্র কিনা :
- (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 ও (মৃত্যু সনদ সংযুক্ত করতে হবে) :
- (ত) ক্ষতিগ্রস্ত অঙ্গের বিবরণ (অক্ষমতার সমর্থনে চিকিৎসকের কাগজপত্র সংযুক্ত করতে হবে) :
- (থ) প্রার্থিত টাকার পরিমাণ :

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

তারিখঃ

আবেদনকারীর স্বাক্ষর
সীল/বর্তমান ঠিকানা

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

তারিখঃ

আবেদনকারীর স্বাক্ষর
সীল/বর্তমান ঠিকানা

'খ' অংশঃ (নিয়ন্ত্রণকারী কর্তৃপক্ষ কর্তৃক পূর্বীয়, অপ্ৰয়োজনীয় অংশ কেটে নিতে হবে)

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জানাব/বেগম
পদবী..... ও কর্মস্থল এর অফিসের
একজন স্থায়ী/স্বায়ত্বশাসিত কর্মকর্তা/কর্মচারী ছিলেন/আছেন। তিনি তারিখে কর্মরত
সময়কালে মৃত্যুবরণ করেন/তার অঙ্গ স্থায়ীভাবে হানি হয়েছে। তাঁকে টাকা
আর্থিক অনুদান প্রদানের জন্য সুপারিশ করা হলো। এ কর্মকর্তা/কর্মচারীর আবেদনসমূহের 'ক' অংশে বর্ণিত তথ্যাদি
সঠিক। তাঁর অনুকূলে এ ধরনের কোন আর্থিক অনুদানের আবেদনপত্র পূর্বে এর অফিস থেকে প্রেরণ করা হয়নি।

তারিখঃ

নিয়ন্ত্রণকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর ও তারিখ
নামযুক্ত সীল ও ঠিকানা
ফোন/মোবাইল নম্বর

'গ' অংশঃ (মেডিক্যাল বোর্ড কর্তৃক পূর্বীয়, অপ্ৰয়োজনীয় অংশ কেটে নিতে হবে)

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জানাব/বেগম
পদবী..... ও কর্মস্থল এর
কারণসমূহ/তাঁকে অন্য তারিখে পরীক্ষা করা হয়েছে। পরীক্ষার/কারণসমূহের উপর
..... অঙ্গ স্থায়ীভাবে হানি হয়েছে/তার মৃত্যুর প্রমাণ সন্দেহ সঠিক।

মেডিক্যাল বোর্ডের সদস্য-সচিবের স্বাক্ষর ও তারিখ	মেডিক্যাল বোর্ডের সদস্যের স্বাক্ষর ও তারিখ	মেডিক্যাল বোর্ডের সভাপতির স্বাক্ষর ও তারিখ
--	---	---