

২০১৩-এর নীতিমালায় আর্থিক অনুদান প্রাপ্তির আবেদন যাচাই তালিকা:

১. নির্ধারিত আবেদন ফরমে আবেদনকারী স্বাক্ষরিত মূল আবেদন সংশ্লিষ্ট জেলা কমিটির মাধ্যমে প্রাপ্ত;
২. আবেদন ফরমের 'খ' অংশ নিয়ন্ত্রণকারী কর্মকর্তা কর্তৃক রাজস্ব খাতের পদধারী হওয়ার প্রত্যয়ন;
৩. আবেদন ফরমের 'গ' অংশ মেডিকেল বোর্ড কর্তৃক পূরণকৃত;
৪. আবেদন ফরমের 'ঘ' অংশ পূরণপূর্বক বাছাই কমিটির সভাপতি কর্তৃক স্বাক্ষরিত (সীলসহ);
৫. মৃত কর্মকর্তা/কর্মচারীর মৃত্যুসনদ (সরকারী হাসপাতাল /স্থানীয় সরকার কর্তৃপক্ষ (পৌরসভা/ইউনিয়ন পরিষদ) কর্তৃক জারীকৃত);
৬. মৃত সরকারী কর্মকর্তা/কর্মচারীর ওয়ারিশ সনদ (স্থানীয় সরকার যথা-পৌরসভা/ইউনিয়ন পরিষদ কর্তৃক জারীকৃত);
৭. ওয়ারিশগণ কর্তৃক আবেদনকারীকে ক্ষমতাপ্রাপ্ত পত্র (স্থানীয় সরকার যথা-পৌরসভা/ইউনিয়ন পরিষদ কর্তৃক জারীকৃত);
৮. শেষ বেতনের প্রত্যয়নপত্র (এলপিসি)-এর ফটোকপি (এখান/জেলা হিসাবরক্ষণ কর্মকর্তার প্রতিশ্রুতিপত্র ও অফিস প্রধান কর্তৃক সত্যায়িত);
৯. সার্ভিস বহির (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) ১ম পাঁচ পৃষ্ঠার ফটোকপি (অফিস প্রধান কর্তৃক সত্যায়িত);
১০. আবেদনকারী ও মৃত কর্মকর্তা/কর্মচারীর জাতীয় পরিচয় পত্রের ফটোকপি;
১১. আবেদনকারী পুনর্বিবাহে আবদ্ধ হয়নি মর্মে সনদ (স্থানীয় সরকার যথা-পৌরসভা/ইউনিয়ন পরিষদ কর্তৃক জারীকৃত);
১২. বয়স ৫৯-এর বেশী নয়;
১৩. মৃত্যুর তারিখ ১৯শে জুন ২০১৩-এর পূর্বে নয়;
১৪. একই আবেদনকারীর আবেদন পূর্বে বিবেচিত হয়নি ???

আবেদনকারীর এক কপি  
রতিন পানপোর্ট সাইজের  
সভ্যায়িত ফটো

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

ব্যবহার  
মিনিয়র সচিব/সচিব  
জনপ্রশাসন 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/..... অসহানি 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 ও অপ্রয়োজনীয় অংশ পূরণ করার দরকার নেই)

(ক) কর্মকর্তা/কর্মচারীর নাম (বাংলায়) :

(ইংরেজিতে বড় অক্ষরে)

(খ) পিতার/স্বামীর/স্ত্রীর নাম (বাংলায়) :

(ইংরেজিতে বড় অক্ষরে)

(গ) পদবি (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 রাজস্বখাত ভুক্ত কিনা :

(ড) কর্মকর্তা/কর্মচারীর উত্তরাধিকারীর নাম ও  
ঠিকানা (উপর্যুক্ত 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) কতিপাত্ত অঙ্গের বিবরণ (অক্ষমতার সমর্থনে  
চিকিৎসকের কাগজপত্র সংযুক্ত করতে হবে) :

(থ) প্রার্থিত টাকার পরিমাণ :

অতএব, আমার আবেদন সদয় 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 তথ্য গোপন করিনি।

তারিখঃ

আবেদনকারীর স্বাক্ষর  
সীল/বর্তমান ঠিকানা

**'খ' অংশঃ (নিয়ন্ত্রণকারী কর্তৃক কর্তৃক পূর্ণীয়, অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে নিতে হবে)**

এ বর্ষে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম .....  
পদবী..... ও কর্মস্থল ..... এর অধিনেত্র  
একজন স্থায়ী/সাময়িক/অস্থায়ী কর্মকর্তা/কর্মচারী ছিলেন/আছেন। তিনি ..... তারিখে কর্তৃত্ব  
প্রাপ্তকালে নৃত্যবরণ করেন/তার ..... এর স্থায়ীভাবে হানি হয়েছে। তাঁকে ..... টাকার  
আর্থিক অনুদান প্রদানের জন্য সুপারিশ করা হলো। এ কর্মকর্তা/কর্মচারীর আবেদনপত্রের 'ক' অংশে বর্ণিত তথ্যাদি  
সঠিক। তাঁর অনুদানে এ ধরনের কোন আর্থিক অনুদানের আবেদনপত্র পূর্বে এর অধিনেত্র কেউ প্রেরণ করা হয়নি।

তারিখঃ

নিয়ন্ত্রণকারী কর্তৃক কর্তৃক স্বাক্ষর ও তারিখ  
নামস্বত সীল ও প্রিন্ট  
কোন/সেবাধীন নম্বর

**'গ' অংশঃ (মেডিক্যাল বোর্ড কর্তৃক পূর্ণীয়, অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে নিতে হবে)**

এ বর্ষে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম .....  
পদবী..... ও কর্মস্থল ..... এর  
কোনজন/তাঁকে অন্য ..... তারিখে পরীক্ষা করা হয়েছে। পরীক্ষার/কোনজনস্বত্বে তাঁর  
..... এর স্থায়ীভাবে হানি হয়েছে/তাঁর নৃত্যের প্রদত্ত সনদ সঠিক।

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

'খ' অংশঃ (বাহাই কমিটি কর্তৃক পুরণীয়, অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে দিতে হবে)

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম .....

পদবী..... ও কর্মস্থল ..... এর অনুকূলে  
মৃত্যু/অকস্মতা জনিত কারণে আর্থিক অনুদান ..... টাকা মঞ্জুরী প্রদান বাহাই কমিটির  
..... তারিখের সভায় সুপারিশ করা হয়েছে।

তারিখঃ

বাহাই কমিটির সভাপতির স্বাক্ষর ও  
নামযুক্ত সীল ও ঠিকানা  
কোন/মোবাইল নম্বর

'ঙ' অংশঃ (কল্যাণ শাখা কর্তৃক পুরণীয়)

জনাব/বেগম..... পদবী.....

ও কর্মস্থল ..... গত ..... তারিখের কল্যাণ শাখার স্মারক নং  
..... মূলে ..... টাকা অনুদান মঞ্জুরী জারী করা হয়েছে।

তারিখঃ

স্বাক্ষরসহ সীল  
সিনিয়র সহকারী সচিব  
কল্যাণ শাখা  
জনপ্রশাসন মহলা