

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়
বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড
১ম-১২তলা সরকারি অফিস ভবন (১১তলা)
সেগুনবাগিচা, ঢাকা।
(www.bkkb.gov.bd)

আবেদনকারীর অফিস
কর্তৃপক্ষ কর্তৃক
সত্যায়িত পাসপোর্ট
সাইজের ১ কপি ছবি

মহাপরিচালক

বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, ঢাকা।

আমি নিম্নস্বাক্ষরকারী জটিল ওব্যয়বহুল রোগের চিকিৎসা অনুদান মঞ্জুরির জন্য আবেদন করছি। নিম্নে প্রয়োজনীয় তথ্যাদি প্রদান করা হলো:

১. কর্মচারীর নাম (বাংলায়) :
- (ইংরেজিতে বড় অক্ষরে) :
২. পদবী (বাংলায়) :
- (ইংরেজিতে বড় অক্ষরে) :
৩. অফিসের নাম (বাংলায়) :
- (ইংরেজিতে বড় অক্ষরে) :
৪. জন্ম তারিখ :
৫. সরকারি চাকরিতে যোগদানের তারিখ :
৬. চাকরির ধরন (রাজস্বখাতভুক্ত কিনা) :
৭. মূল বেতন ও বেতনস্কেল :
৮. জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর :
৯. জাতীয় বেতনস্কেল, ২০১৫-এ বেতননির্ধারণ ফরমের ভেরিফিকেশন নম্বর (সত্যায়িত ফটোকপি সংযুক্ত করতে হবে): :
১০. মোবাইল ফোন নম্বর :
১১. কর্মচারীর ব্যাংক হিসাবের তথ্য :
- (ক) কর্মচারীর ব্যাংক হিসাব নম্বর :
- (খ) ব্যাংকের নাম ও শাখার নাম (জেলার নামসহ) :
- (গ) ব্যাংকের শাখার রাউটিং নম্বর (বাহ্যতামূলক) :
১২. চিকিৎসার জন্য মোট খরচ (ব্যয়বিবরণী সংযুক্ত করতে হবে) :
১৩. কল্যাণ বোর্ড থেকে এ সেবার জন্য ইতোপূর্বে অনুদান পেয়ে থাকলে তার পরিমাণ :

আমি প্রতিজ্ঞাপূর্বক বলছি যে, উল্লিখিত তথ্যাদি আমার জ্ঞান ও বিশ্বাসমতে সত্য এবং আমি কোন তথ্য গোপন করিনি। কোন অসত্য তথ্য প্রদান প্রমানিত হলে আমি আইনতে যে কোন শাস্তি মেনে নিতে বাধ্য থাকব।

কর্মকর্তা/কর্মচারীর স্বাক্ষর
সিল (যদি থাকে)

(চিকিৎসা প্রদানকারী বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক কর্তৃক পূরণীয়)

প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব এ হাসপাতালে আমার
অধীনে চিকিৎসাধীন থেকে.....

..... রোগে চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন।

চিকিৎসা প্রদানকারী বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকের
স্বাক্ষর ও সিল
ফোন/মোবাইল ফোন নম্বর:

(দপ্তর প্রধানের প্রত্যয়ন)

স্মারক নং.....

তারিখ:

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব এ
দপ্তরেরপদে কর্মরত আছেন। তিনি অসামরিক রাজস্বখাত থেকে
বেতন গ্রহণ করেন ও তাঁর প্রদত্ত বিবরণ সত্য। তাঁর নিজের চিকিৎসার আবেদনে অর্থমঞ্জুরির সুপারিশ করছি।

দপ্তর প্রধানের স্বাক্ষর ও সিল
ফোন/মোবাইল ফোন নম্বর (বাধ্যতামূলক):
ই-মেইল ঠিকানা (যদি থাকে):

আবেদনের সাথে যে সকল কাগজপত্র সংযুক্ত করতে হবে:

১. হাসপাতালে ভর্তি হয়ে থাকলে মূল ছাড়পত্র (অফিস কর্তৃপক্ষ কর্তৃক প্রতীস্বাক্ষরিত);
২. চিকিৎসা সংক্রান্ত বিল ভাউচার এর মূলকপি (অফিস কর্তৃপক্ষ কর্তৃক প্রতীস্বাক্ষরিত);
৩. চিকিৎসা সংক্রান্ত ব্যবস্থাপত্র ও রিপোর্ট (অফিস কর্তৃপক্ষ কর্তৃক প্রতীস্বাক্ষরিত);
৪. চিকিৎসা সংক্রান্ত খরচের হিসাববিবরণী (কর্মচারীর স্বাক্ষর সহ);
৫. জাতীয় বেতনস্কেল, ২০১৫-এ বেতননির্ধারণ (Payfixation) ফরমের সত্যায়িত ফটোকপি;
৬. নূন্যতম জেলা পর্যায়ে কর্মকর্তা কর্তৃক প্রত্যয়ন ও অগ্রায়ন হতে হবে।

আবেদন ফরম প্রাপ্তির ঠিকানা:

বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ডের ওয়েবসাইট www.bkkb.gov.bd থেকে সংগ্রহ করা যাবে (ফরম নং-০৮)।

আবেদনপত্র প্রেরণের ঠিকানা:

মহাপরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, প্রধান কার্যালয়, ১ম ১২তলা সরকারি অফিস ভবন (১১তলা), সেগুনবাগিচা, ঢাকা।

অনুদানের প্রাপ্যতা :

- এ অনুদান কেবলমাত্র বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ডের প্রধান কার্যালয় থেকে প্রদান করা হয়;
- শুধুমাত্র চাকুরিরত এবং পিআরএল ভোগরত সরকারি কর্মকর্তা-কর্মচারী নিজের চিকিৎসার জন্য আবেদন করতে পারবেন;
- সমগ্র চাকুরি জীবনে এক বা একাধিকবারে সর্বোচ্চ ১,০০,০০০/- (এক লাখ) টাকা অনুদান প্রদান করা হয়।