জেলার নাম-.....ফরম নং.....

নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী সুরক্ষা ট্রাস্ট হতে স্নায়ুবিক বিকাশঘটিত প্রতিবন্ধী ব্যক্তি/শিশুদের চিকিৎসা সহায়তা হিসেবে আর্থিক অনুদান প্রাপ্তির আবেদন

(আবেদনকারী নিজে অথবা পক্ষে অভিভাবকগণ আবেদন করতে পারবেন)

বরাবর

জেলা প্রশাসক

প্রতিবন্ধী ব্যক্তির পাসপোর্ট সাইজের সত্যায়িত ছবি	আবেদনকারীর পাসপোর্ট সাইজের সত্যায়িত ছবি

বিষয় : চিকিৎসা সহায়তা হিসেবে ২০২৩-২৪ অর্থ বছরে আর্থিক অনুদান প্রাপ্তির আবেদন।

মহোদয়

আমি একজন নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী ব্যক্তি স্বয়ং/পিতা/মাতা/ব্যক্তির বৈধ অভিভাবক চিকিৎসা সহায়তা হিসেবে আর্থিক অনুদান প্রাপ্তির জন্য নিম্নোক্ত তথ্যাদি পেশ করছি:

১) নাম (প্রতিবন্ধী ব্যক্তির পরিচয়পত্র অনুসারে): .....

২) আইডি নম্বর (প্রতিবন্ধী ব্যক্তির পরিচয়পত্র অনুসারে): | | | | | | | | | | | | | | | | | – | | |

৩) প্রতিবন্ধী ব্যক্তির বয়স: [ ] বৎসর [ ] মাস [ ] দিন

৪) পিতা/স্বামীর নাম: .....

৫) মাতার নাম: .....

৬) বৈধ অভিভাবকের নাম: (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) .....

৭) (ক) বর্তমান ঠিকানা:

গ্রাম/রাস্তা/বাড়ী: .....
ওয়ার্ড: .....
ইউনিয়ন: .....
ডাকঘর: .....
উপজেলা: .....
জেলা : .....

(খ) স্থায়ী ঠিকানা:

গ্রাম/রাস্তা/বাড়ী: .....
ওয়ার্ড: .....
ইউনিয়ন: .....
ডাকঘর: .....
উপজেলা: .....
জেলা: .....

৮) অভিভাবকের বার্ষিক গড় আয়: ..... (স্থানীয় জনপ্রতিনিধি/১ম শ্রেণীর সরকারী কর্মকর্তা কর্তৃক প্রত্যয়ণকৃত)

৯) প্রতিবন্ধিতার ধরণ ☑ টিক দিন: (পরিচয়পত্র অনুসারে) ☐ অটিজম ☐ ডাউনসিড্রোম ☐ সেরিব্রাল পালসি ☐ বুদ্ধি প্রতিবন্ধী

১০) চিকিৎসার সমর্থনে চিকিৎসকের প্রত্যয়নপত্র (অবশ্যই সংযুক্ত করতে হবে)

১১) প্রতিবন্ধী ব্যক্তি সুবর্ণ নাগরিক পরিচয়পত্রের কপি (অবশ্যই সংযুক্ত করতে হবে)

১২) অনুদানের অর্থ প্রদানের জন্য মোবাইল ('নগদ') নম্বর: [ ]

উপর্যুক্ত তথ্যাদি সঠিক,সত্য মর্মে অঙ্গীকার করছি। অন্যথায় কর্তৃপক্ষ আবেদন বাতিল করতে পারবেন।

পিতা/মাতা/বৈধ অভিভাবকের স্বাক্ষর/টিপসহি
তারিখ:

প্রতিবন্ধী ব্যক্তির নাম ও স্বাক্ষর/টিপসহি
তারিখ:

জেলা অফিস কর্তৃক পূরণীয় **জেলার নাম-.....ফরম নং.....**

ক) আবেদনকারী এনডিডি ব্যক্তি হিসেবে এককালীন আর্থিক অনুদান পাওয়ার যোগ্য/ যোগ্য নয় (**☑ টিক দিন অথবা নিচে লিখুন)**

উপপরিচালক, জেলা সমাজসেবা কার্যালয়
ও সদস্য সচিব, এনডিডি সুরক্ষা ট্রাস্ট বিষয়ক জেলা কমিটি
(স্বাক্ষর ও সিল)

জেলা প্রশাসক
ও সভাপতি, এনডিডি সুরক্ষা ট্রাস্ট বিষয়ক জেলা কমিটি
(স্বাক্ষর ও সিল)

এনডিডি সুরক্ষা ট্রাস্ট কর্তৃক পূরণীয়

খ) আবেদনকারীকে ..... টাকা প্রদানের অনুমোদন প্রদান করা হলো।

গ) চেক নং ..... তারিখ ...../ নগদ অ্যাপ এ প্রেরণের তারিখ.....

কাউন্টার/ রেফারেন্স নং..... ফোন নং..... মারফত প্রেরণ করা হলো।

ব্যবস্থাপনা পরিচালক
নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী সুরক্ষা ট্রাস্ট

চেয়ারপার্সন
নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী সুরক্ষা ট্রাস্টি বোর্ড