

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

(আবেদনকারী নিজে অথবা পক্ষে অভিভাবকগণ আবেদন করতে পারবেন)

বরাবর

ব্যবস্থাপনা পরিচালক

নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী সুরক্ষা ট্রাস্ট

পদ্মা লাইফ টাওয়ার (১৪তলা), বাংলামোটর, ঢাকা।

প্রতিবন্ধী ব্যক্তির
পাসপোর্ট সাইজের
সত্যায়িত ছবি

আবেদনকারীর
পাসপোর্ট সাইজের
সত্যায়িত ছবি

বিষয় : চিকিৎসা সহায়তা হিসেবে ২০২২-২৩ 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 প্রত্যয়নকৃত)

৯) প্রতিবন্ধিতার ধরণ টিক দিন : (পরিচয়পত্র অনুসারে)

অটিজম ডাউনসিড্রোম সেরিব্রাল পালসি বুদ্ধি প্রতিবন্ধী

১০) চিকিৎসার সমর্থনে চিকিৎসকের প্রত্যয়নপত্র

(অবশ্যই সংযুক্ত করতে হবে)

১১) চিকিৎসা ব্যয়ের সমর্থনে বিল-ভাউচার

(অবশ্যই সংযুক্ত করতে হবে)

১২) প্রতিবন্ধী ব্যক্তি সুবর্ণ নাগরিক পরিচয়পত্রের কপি

(অবশ্যই সংযুক্ত করতে হবে)

১৩) অনুদানের অর্থ প্রদানের জন্য মোবাইল ব্যাংকিং অ্যাপ 'নগদ' -এর 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:

অফিস কর্তৃক পুরণীয়

ফরম নং-এনডিডিপিটি

ক) আবেদনকারীকে

টাকা প্রদানের অনুমোদন প্রদান করা হলো।

খ) 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 ট্রাস্ট বোর্ড