

জটিল ও ব্যয়বহল রোগের চিকিৎসা  
অনুদানের আবেদন ফরম

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার  
জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়  
বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড  
১ম-১২তলা সরকারি অফিস ভবন (১১তলা)  
সেগুনবাগিচা, ঢাকা।  
([www.bkbb.gov.bd](http://www.bkbb.gov.bd))

আবেদনকারীর অফিস  
কর্তৃপক্ষ কর্তৃক  
সত্যায়িত পাসপোর্ট  
সাইজের ১ কপি ছবি

### মহাপরিচালক

বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, ঢাকা।

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

১. কর্মচারীর নাম (বাংলায়) :
- (ইংরেজিতে বড় অক্ষরে) :
২. পদবি (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 (বাধ্যতামূলক) :
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 আইনত যে কোন শাস্তি মেনে নিতে বাধ্য থাকব।

কর্মকর্তা/কর্মচারীর স্বাক্ষর  
সিল (যদি থাকে)  
মোবাইল/ফোন (বাধ্যতামূলক):

তারিখ:

**(চিকিৎসা প্রদানকারী হাসপাতাল কর্তৃপক্ষ/বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক কর্তৃক পুরণীয়)**

প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব ..... এ হাসপাতালে আমার  
অধীনে চিকিৎসাধীন থেকে.....  
..... রোগে চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন।

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

**(দপ্তর প্রধানের প্রত্যয়ন)**

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

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

**আবেদনের সাথে যে সকল কাগজপত্র সংযুক্ত করতে হবে:**

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

**আবেদন ফরম প্রাপ্তির ঠিকানা:**

বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ডের ওয়েবসাইট [www.bkbb.gov.bd](http://www.bkbb.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 ২,০০,০০০/- (দুই লাখ) টাকা অনুদান প্রদান করা হয়।

**জটিল ও ব্যয়বহুল রোগসমূহ:**

ক্যান্সার, হৃদরোগ, কিডনি-ব্যাধি, হেপাটাইটিস, ডায়াবেটিস-মেলিটাস, পক্ষাঘাত, বক্ষব্যাধি, কৃত্রিম  
অঙ্গপ্রত্যঙ্গ-সংযোজন সংক্রান্ত রোগ ও দুর্ঘটনায় মারাত্মকভাবে আহত হওয়া এবং এ সংক্রান্ত মেডিকেল বোর্ড  
কর্তৃক জটিল ও ব্যয়বহুল রোগ বলে চিহ্নিত যে কোন রোগও এর অন্তর্ভুক্ত হবে।