ক্যান্সার, কিডনী, লিভার সিরোসিস, স্ট্রোকে প্যারালাইজড, জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া রোগে আক্রান্ত রোগীর আর্থিক সহায়তা প্রাপ্তির জন্য

আবেদনের নির্দেশিকা

- ১. আক্রান্ত রোগীকে (ক্যান্সার, কিডনী, লিভার সিরোসিস, স্ট্রোকে প্যারালাইজড, জন্মগত হৃদরোগ ও থ্যালাসেমিয়া) উপজেলা সমাজসেবা অফিসার, সংশ্লিষ্ট উপজেলা সমাজসেবা কার্যালয়ে মোট ০২ (দুই) সেট আবেদনপত্র জমা করতে হবে (একটি মূল এবং অন্যটি ফটোকপি);
- ২. আবেদনপত্রের সাথে অবশ্যই ফরমের নির্ধারিত স্থানে **বিশেষজ্ঞ ডাক্তারের** স্বাক্ষরিত প্রত্যয়নপত্রের মূলকপি সংযুক্ত করতে হবে। তবে **জেলার ক্ষেত্রে সিভিল সার্জন সনাক্ত করতে পারবেন**;
- ৩. জাতীয় পরিচয় পত্র/জন্ম সনদ (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত ফটোকপি) এর ০২ (দুই) সংযুক্ত করতে হবে;
- 8. ০২ (দুই) কপি ছবি (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) যা দরখাস্তে গাম দিয়ে পেস্ট করা ছবির অতিরিক্ত সংযুক্ত করতে হবে;
- ৫. রোগীর বয়য় আবেদনের তারিখে ১৮ বছরের কম হলে পিতা/ মাতা/ বৈধ অভিভাবক আবেদন করতে পারবেন, সেক্ষেত্রে আবেদনকারীর ০২ (দুই) কপি ছবি (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) এবং ০২ (দুই) কপি জাতীয় পরিচয় পত্রের ফটোকপি (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) সংযুক্ত করতে হবে।
- ৬. ইতিপূর্বে সমাজসেবা অধিদফতর/মন্ত্রণালয় হতে চিকিৎসা বাবদ অর্থ গ্রহণ করা হয়েছে কি না, সে বিষয়ে রোগীর/ আবেদনকারীর স্বাক্ষরিত প্রত্যয়নপত্র সংযুক্ত করতে হবে;
- ৭. আবেদনকারী এক অর্থ বছরের একবার এর বেশী আবেদন করতে পারবেন না;
- ৮. আবেদনকারীকে প্রয়োজনে www.welfaregrant.gov.bd ওয়েবসাইটের মাধ্যমে অনলাইনে আবেদন করে উক্ত আবেদনের প্রিন্টকৃত কপি স্বাক্ষরপূর্বক জমা দিতে হবে।

৯. আবেদনপত্রের সাথে রোগের সপক্ষে দাখিলযোগ্য প্রয়োজনীয় কাগজপত্র:

- ক. ক্যান্সার/কিডনী/লিভার সিরোসিস/স্ট্রোকে প্যারালাইজড/জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া রোগে আক্রান্ত রোগীকে অবশ্যই রেজিস্টার্ড চিকিৎসক কর্তৃক প্রত্যায়িত হতে হবে;
- খ. ক্যান্সারের ক্ষেত্রে Histopathology/Cytopathology/Bone Marrow Report বা অন্যান্য টেস্ট রিপোর্ট থাকতে হবে;
- গ. কিডনী রোগের ক্ষেত্রে Acute Renal Failure অথবা Chronic Renal Failure এ আক্রাস্ত ডায়ালাইসিস সেবা নিচ্ছে, কিডনী প্রতিস্থাপনের প্রস্তুতি নিচ্ছে অথবা কিডনী প্রতিস্থাপন করেছে এমন রোগীদেরকে বিবেচনা করতে হবে। রক্তে ইউরিয়া ও ক্রিয়েটিনের মাত্রার রিপোর্ট থাকতে হবে;
- ঘ. লিভার সিরোসিস রোগের ক্ষেত্রে লিভারের আল্ট্রাসনোগ্রাম রিপোর্ট এবং অন্যান্য টেস্ট রিপোর্ট থাকতে হবে;
- ঙ. স্ট্রোকে প্যারালাইজড আক্রান্ত রোগীকে নিউরোলজিস্ট কর্তৃক প্রত্যায়িত হতে হবে এবং MRI/CT Scan Report থাকলে ভাল হয়;
- চ. জন্মগত হৃদরোগের ক্ষেত্রে Echo Cardiogram রিপোর্ট এবং অন্যান্য টেস্ট রিপোর্ট থাকতে হবে;
- ছ. থ্যালাসেমিয়া রোগের ক্ষেত্রে রক্তের হিমোগ্লোবিন ইলেকট্রফোরেসিস (Hemoglobin Electrophoresis) বা অন্যান্য প্রযোজ্য পরীক্ষার রিপোর্ট থাকতে হবে।

বি. দ্র. এই পৃষ্ঠাটি আবেদনপত্রের সাথে সংযুক্ত করার প্রয়োজন নেই।

MD. RUBEL HAWLADAR-01911920014

আ	বেদনের তারিখ:	প্রিশিষ্ট-১
	াজেলা সমাজসেবা অফিসার/ শহর সমাজসেবা অফিসার উপজেলা,	এখানে পাসপোর্ট সাইজের ছবি আঠা দিয়ে লাগিয়ে তার উপর গেজেটেড কর্মকর্তা কর্তৃক সত্যায়িত করতে হবে।
••••	জেলা।	
বিষ	য়েঃ ক্যান্সার/কিডনী/লিভার সিরোসিস/স্ট্রোকে প্যারালাইজড/ জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যানাসেমিয়ায় আক্রান্ত <i>তে</i> জন্য আবেদন।	রাগীদের আর্থিক সহায়তার
থ্যা সিরে	হাদয়, আমি/আমার পুত্র/ কন্যা/ পোষ্য/ পিতা/ মাতা একজন ক্যাসার/ কিডনী/ লিভার সিরোসিস/ ক্টোেকে প্যারা লাসেমিয়ায় আক্রান্ত রোগী। আমি সমাজকল্যাণ মন্ত্রণালয়াধীন সমাজসেবা অধিদফতর কর্তৃক বাস্তবায়িত রাসিস/ ক্টোেকে প্যারালাইজড/ জন্মগত হৃদরোগ/ থ্যালাসেমিয়া রোগে আক্রান্ত রোগীর আর্থিক সহায়তা ৫ ায়তা পেতে ইচ্ছুক। নিম্নে যাবতীয় তথ্যাদি প্রদান করা হলো:	চ ক্যান্সার/ কিডনী/ লিভার
١.	রোগীর নাম (বাংলায়):	
ર.	(জাতীয় পরিচয় পত্র/জন্ম সনদ অনুসারে) Patient's Name (In English Capital Letters):	
೨.	অথবা Patient's Birth Registration No .	_
8.	রোগীর জন্ম তারিখ (খ্রিস্টাব্দ):	
	দিন মাস বছর	
œ.	রোগীর বয়স (আবেদনের তারিখে):	
	বছর মাস দিন	
৬.	রোগীর লিন্স (টিক ✓ চিহ্ন দিন): (ক) নারী (খ) পুরুষ (গ) হিজড়া	
٩.	রোগীর ধর্ম (টিক ✓ চিহ্ন দিন): (ক) মুসলমান (খ) হিন্দু (গ) বৌদ্ধ (ঘ) খ্রিস্টান (ঙ) অন্যান্য (উল্লেখ কর	চন)
Ծ .	রোগীর মাতার নাম (বাংলা):	
৯.	রোগীর মাতার নাম (ইংরেজী বড় অক্ষরে):	
٥٥.	রোগীর মাতার জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর:	
۵۵.	রোগীর পিতার নাম (বাংলা):	
	রোগীর পিতার নাম (ইংরেজী বড় অক্ষরে):	

১৩. ব্লোগীর পি	াতার জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর:					
১৪. রোগীর জ	³ · রোগীর জন্ম স্থান: উপজেলাজেলা:জেলা:					
১৫. রোগীর বৈ	² ে রোগীর বৈবাহিক অবস্থা (টিক চিহ্ন দিন): (ক) অবিবাহিত (খ) বিবাহিত (গ) বিধবা/বিপত্নীক (ঘ) স্বামী/স্ত্রী পৃথক (ঙ) তালাক প্রাপ্ত/বিবাহ					
১৬. রোগীর স্ব	০ রোগীর স্বামী/স্ত্রীর নাম (বাংলা):					
১৭. রোগীর স্ব	৭. রোগীর স্বামী/স্ত্রীর নাম (ইংরেজী বড় অক্ষরে):					
১৮. রোগীর স্ব	ামী/স্ত্রীর জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর:					
১৯. রোগীর ব্য	গাংক একাউন্ট নম্বর, ব্যাংক ও শাখার নাম	(যদি	গ থাকে):			
২০. রোগীর ব	ৰ্তমান ঠিকানা:					
২০.১	বাসা/হোল্ডিং নং	:				
২০.২	রাস্তার নাম নং	:				
২০.৩	ব্লক/সেক্টর/মৌজা/মহল্লা/এলাকার নাম	:				
२०.8	গ্রাম	:				
२०.৫	ডাকঘর	:				
২০.৬	পোস্ট কোড	:				
२०.१	ওয়ার্ড নম্বর	:				
२०.४	ইউনিয়ন/ ক্যা: বো:	:				
২০.৯	উপজেলা	:				
২০.১০	থানা	:				
२०.১১	সিটি কর্পোরেশন/পৌরসভা	:				
২০.১২	জেলা	:				
२०.১७	দেশ	:	বাংলাদেশ।			
२०.५8	ফোন নং	:				
২০.১৫	মোবাইল নং	:				
২০.১৬	ই-মেইল	:				
২১ নমিনি সং	ক্ৰান্ত তথ্য :	•				
২১.১	নাম	:				
২১.২	পিতা/ মাতার নাম	:				
২১.৩	জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর	:				
२५.8	রোগীর সাথে সম্পর্ক	:				
২১.৫	মোবাইল নম্বর	:				

۵

২২ রোগীর স্থায়ী ঠিকানা:

			$\overline{}$		-		
•	২২.১	বাসা/হোল্ডিং নং	:				
	২২.২	রাস্তার নাম নং	:				
	২২.৩	ব্লক/সেক্টর/মৌজা/মহল্লা/এলাকার নাম	:				
	২২.৪	গ্রাম	:				
	২২. ৫	ডাকঘর	:				
	২২.৬	পোস্ট কোড	:				
	રર. ૧	ওয়ার্ড নম্বর	:				
	২২.৮	ইউনিয়ন/ ক্যাঃ বোঃ	:				
	২২.৯	উপজেলা	:				
	২২.১০	থানা	:				
	২২.১১	সিটি কর্পোরেশন/পৌরসভা	:				
	২২.১২	জেলা	:				
	২২.১৩	দেশ	:	বাংলাদেশ।			
		াা: ভাবকের বাৎসরিক আয়:	• • • •				
	·	·					
এত	ারা প্রত্যয়ন	করা যাচ্ছে যে, উপরে প্রদত্ত তথ্যাদি আ	মার	জানামতে সাঠক।			
আবে	দনকারীর ফ	রাক্ষর ব					
•		দনের তারিখে ১৮ বছরের কম হলে পিতা/মাতা/		•			
		ম:					
		ৰ্ক:					
আবেদনকারীর মাতার নাম:							
আবেদনকারীর পিতার নাম: আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয়পত্র নং							
আবে	আবেদনকারীর মোবাইল নং						

সংযুক্তি:

- ১. বিশেষজ্ঞ ডাক্তার কর্তৃক প্রদত্ত সংশ্লিষ্ট রোগের প্রত্যয়ন পত্রের মূলকপি (নির্দিষ্ট ছকে)।
- ২. রোগের ব্যবস্থাপত্র সংক্রান্ত প্রয়োজনীয় কাগজপত্রের (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) ফটোকপি।
- ৩. জাতীয় পরিচয় পত্র/জন্ম সনদের (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) ফটোকপি।
- ৪ . ০২ (দুই) কপি ছবি (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) যা দরখাস্তে গাম দিয়ে পেস্ট করা ছবির অতিরিক্ত।
- ৫. রোগী কর্তৃক প্রত্যয়ন পত্র।
- ৬. *রোগীর বয়স আবেদনের তারিখে ১৮ বছরের কম হলে পিতা/মাতা/বৈধ অভিভাবক আবেদন করতে পারবেন, সেক্ষেত্রে আবেদনকারীর ০২ (দুই) কপি ছবি ও জাতীয় পরিচয় পত্রের ফটোকপি (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত)।

(সংশ্লিষ্ট বিশেষজ্ঞ ডাক্তার কর্তৃক ক্যান্সার/কিডনী/লিভার সিরোসিস/স্ট্রোকে প্যারালাইজড/জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া রোগের প্রত্যয়ন পত্র)

এই মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম	
পিতা/স্বামী:	
মাতা:	
ঠিকানা:	
তিনি একজন ক্যান্সার/কিডনী/লি	ভার সিরোসিস/ স্ট্রোকে প্যারালাইজড,
জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া রোগে আক্রান্ত রোগী।	
িবি. দ্র. পরিষ্কারভাবে রোগের নাম ও ধরন উল্লেখ করতে হবে, অন্যথায়	। আবেদন বাতিল হয়ে যাবে।]
	 (স্বাক্ষর, তারিখ ও সীল)
ডাক্তারের রেজিষ্ট্রেশন	া নং:
C	ফান:
মোৰ	ইল:

আবেদনপত্রের সাথে প্রয়োজনীয় কাগজপত্র:

- ক. ক্যান্সার/কিডনী/লিভার সিরোসিস/স্ট্রোকে প্যারালাইজড/জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া রোগে আক্রান্ত রোগীকে অবশ্যই রেজিস্টার্ড চিকিৎসক কর্তৃক প্রত্যায়িত হতে হবে;
- খ. ক্যাসারের ক্ষেত্রে Histopathology/Cytopathology/Bone Marrow Report বা অন্যান্য টেস্ট রিপোর্ট থাকতে হবে;
- গ. কিডনী রোগের ক্ষেত্রে Acute Renal Failure অথবা Chronic Renal Failure এ আক্রান্ত ডায়ালাইসিস সেবা নিচ্ছে, কিডনী প্রতিস্থাপনের প্রস্তুতি নিচ্ছে অথবা কিডনী প্রতিস্থাপন করেছে এমন রোগীদেরকে বিবেচনা করতে হবে। রক্তে ইউরিয়া ও ক্রিয়েটিনের মাত্রার রিপোর্ট থাকতে হবে:
- ঘ. লিভার সিরোসিস রোগের ক্ষেত্রে লিভারের আন্ট্রাসনোগ্রাম রিপোর্ট থাকতে হবে;
- ঙ. স্ট্রোকে প্যারালাইজড আক্রান্ত রোগীকে নিউরোলজিস্ট কর্তৃক প্রত্যায়িত হতে হবে এবং MRI/CT Scan Report থাকলে ভাল হয়;
- চ. জন্মগত হদরোগের ক্ষেত্রে Echo Cardiogram রিপোর্ট থাকতে হবে;
- ছ. থ্যালাসেমিয়া রোণের ক্ষেত্রে রক্তের হিমোগ্লোবিন ইলেক্ট্রফোরেসিস (Hemoglobin Electrophoresis) বা অন্যান্য প্রযোজ্য পরীক্ষার রিপোর্ট থাকতে হবে।

প্রত্যয়ন পত্র

আমি/ আমার পুত্র/ কন্যা/ পোষ্য,				
পিতা/স্বামী, ম	াতা			
গ্রাম, ত	<u> </u>			
থানা/উপজেলা, জেলা	এই মর্মে প্রত্যয়ন করছি যে,			
ক্যান্সার/ কিডনী/ লিভার সিরোসিস/ স্ট্রোক প্যারালাইজড/ জন	মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া রোগের চিকিৎসা খরচ			
বাবদ সরকার হতে কোন আর্থিক সহায়তা গ্রহণ করছি/ করি ন	াই।			
আবেদনকারীর স্বাক্ষর				
שוניירוזיוזוז פו זייז				
(রোগীর বয়স আবেদনের তারিখে ১৮ বছরের কম হলে পিতা/মাতা/বৈধ অভিভাবক আ	বেদন করতে পারবেন)			
আবেদনকারীর নাম:				
রোগীর সাথে সম্পর্ক:				
আবেদনকারীর মাতার নাম:				
আবেদনকারীর পিতার নাম:				
আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয় পত্র নং				
আবেদনকারীর মোবাইল নং				