



বরাবর
উপজেলা সমাজসেবা অফিসার
উপজেলা সমাজসেবা কার্যালয়
তাহিরপুর, সুনামগঞ্জ-৩০৩০।

বিষয়ঃ ক্যান্সার/কিডনী/লিভার সিরোসিস/স্ট্রোক প্যারালাইজড/জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া আক্রান্ত রোগীদের আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন

মহোদয়,

আমি/আমার পুত্র/কন্যা/পোষ্য/পিতা/মাতা একজন _____ আক্রান্ত রোগী। আমি সমাজকল্যাণ মন্ত্রণালয়ধীন সমাজসেবা অধিদফতর কর্তৃক বাস্তবায়িত ক্যান্সার/কিডনী/লিভার সিরোসিস/স্ট্রোক প্যারালাইজড/জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া আক্রান্ত রোগীর আর্থিক সহায়তা কর্মসূচি হতে আর্থিক সহায়তা পেতে ইচ্ছুক। নিম্নে যাবতীয় তথ্যাদি প্রদান করা হলোঃ

১. রোগীর নামঃ (বাংলায়) _____
২. Patient's Name (In English Capital Letters): _____
Patient's National ID No. _____

অথবা

৩. Patient's Birth Registration No. _____

৪. রোগীর জন্ম তারিখঃ

বছর	মাস	দিন

৫. রোগীর বয়সঃ (আবেদনের তারিখে)

বছর	মাস	দিন

৬. লিঙ্গঃ ক) নারী খ) পুরুষ গ) হিজড়া
৭. ধর্মঃ ক) ইসলাম খ) হিন্দু গ) বৌদ্ধ ঘ) খ্রিস্টান ঙ) অন্যান্য
৮. মাতার নামঃ (বাংলায়) _____
৯. মাতার নামঃ (ইংরেজিতে বড় অক্ষরে) _____
১০. রোগীর মাতার জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বরঃ _____

১১. পিতার নামঃ (বাংলায়) _____
১২. পিতার নামঃ (ইংরেজিতে বড় অক্ষরে) _____
১৩. রোগীর পিতার জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বরঃ _____

১৪. রোগীর জন্মস্থানঃ ক) গ্রামঃ _____ খ) উপজেলাঃ তাহিরপুর গ) জেলাঃ সুনামগঞ্জ

১৫. রোগীর বৈবাহিক অবস্থাঃ
ক) অবিবাহিত খ) বিবাহিত গ) বিধবা/বিপত্নীক ঘ) স্বামী/স্ত্রী পৃথক ঙ) তলাকপ্রাপ্ত



২১.৪	রোগীর সাথে সম্পর্ক	:	
২১.৫	মোবাইল নম্বর	:	

২২. রোগীর স্থায়ী ঠিকানাঃ

২২.১	বাসা/হোল্ডিং নং	:	
২২.২	রাস্তার নাম	:	
২২.৩	ব্লক/সেক্টর/মৌজা/মহল্লা/এলাকার নাম	:	
২২.৪	গ্রাম	:	
২২.৫	ডাকঘর	:	
২২.৬	পোস্ট কোড	:	
২২.৭	ওয়ার্ড নম্বর	:	
২২.৮	ইউনিয়ন	:	
২২.৯	উপজেলা	:	
২২.১০	থানা	:	
২২.১১	সিটি কর্পোরেশন/পৌরসভা	:	
২২.১২	জেলা	:	

২৩. রোগীর পেশাঃ _____

২৪. রোগীর/রোগীর অভিভাবকের বাৎসরিক আয়ঃ _____ টাকা মাত্র

২৫. রোগীর/রোগীর অভিভাবকের জমি/সম্পদের পরিমাণঃ _____ শতাংশ

এতদ্বারা প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, উপরে প্রদত্ত তথ্যাদি আমার জানামতে সঠিক।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর

(রোগীর বয়স আবেদনের তারিখে ১৮ বছরের কম হলে পিতা/মাতা/বৈধ অভিভাবক আবেদন করতে পারবেন)

আবেদনকারীর নামঃ _____

রোগীর সাথে সম্পর্কঃ _____

আবেদনকারীর মাতার নামঃ _____

আবেদনকারীর পিতার নামঃ _____

আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয়পত্রঃ _____

আবেদনকারীর মোবাইল নংঃ _____



সংযুক্তিঃ

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



ক্যান্সার/কিডনী/লিভার সিরোসিস/স্ট্রোকে প্যারানাইজড/জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া আক্রান্ত রোগী
সংশ্লিষ্ট বিশেষজ্ঞ ডাক্তার কর্তৃক রোগের প্রত্যয়নপত্র

এই মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগমঃ_____

পিতা/স্বামীঃ_____

মাতাঃ_____

ঠিকানাঃ_____

তিনি একজন _____ ক্যান্সার/কিডনী/লিভার

সিরোসিস/স্ট্রোকে প্যারানাইজড/জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া আক্রান্ত রোগী।

বিঃদ্রঃ পরিস্কারভাবে রোগের নাম ও ধরণ উল্লেখ করতে হবে, অন্যথায় আবেদন বাতিল হয়ে যাবে।

ডাক্তারের রেজিস্ট্রেশন নং _____

ফোনঃ _____

মোবাইলঃ _____

আবেদনপত্রের সাথে প্রয়োজনীয় কাগজপত্রঃ

- ১) ক্যান্সার/কিডনী/লিভার সিরোসিস/স্ট্রোকে প্যারানাইজড/জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া আক্রান্ত রোগীকে অবশ্যই রেজিস্টার্ড চিকিৎসক কর্তৃক প্রত্যায়িত হতে হবে
- ২) ক্যান্সার রোগের ক্ষেত্রে Histopathology/Cytopathology/Bone Marrow Report বা অন্যান্য টেস্ট রিপোর্ট থাকতে হবে
- ৩) কিডনী রোগের ক্ষেত্রে Acute Renal Failure অথবা Chronic Renal Failure এ আক্রান্ত ডায়ালাইসিস সেবা নিচ্ছে, কিডনী প্রস্তুতি নিচ্ছে অথবা কিডনী প্রতিস্থাপন করেছে এমন রোগীদেরকে বিবেচনা করতে হবে। রক্তে ইউরিয়া ও ক্রিয়েটিনের মাত্রা থাকতে হবে
- ৪) লিভার সিরোসিস রোগের ক্ষেত্রে লিভারের আলট্রাসোনোগ্রাম রিপোর্ট থাকতে হবে
- ৫) স্ট্রোকে প্যারানাইজড আক্রান্ত রোগীকে নিউরোলজিস্ট কর্তৃক প্রত্যায়িত হতে হবে এবং MRI/CT Scan Report থাকলে ভালো হয়
- ৬) জন্মগত হৃদরোগের ক্ষেত্রে Eco Cardiogram রিপোর্ট থাকতে হবে
- ৭) থ্যালাসেমিয়া রোগের ক্ষেত্রে রক্তের হিমোগ্লোবিন ইলেকট্রোফোরেসিস বা অন্যান্য প্রয়োজ্য পরীক্ষার রিপোর্ট থাকতে হবে



প্রত্যয়নপত্র

আমি/আমার পুত্র/কন্যা/পোষ্য _____

পিতা/স্বামী: _____ মাতা: _____

গ্রাম: _____ ডাকঘর: _____

থানা/উপজেলা: তাহিরপুর জেলা: সুনামগঞ্জ।

এই মর্মে প্রত্যয়ন করছি যে, আমি একজন ক্যান্সার/কিডনী/লিভার সিরোসিস/স্ট্রোক প্যারালাইজড/জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া আক্রান্ত রোগী হিসেবে চিকিৎসা খরচ বাবদ সরকার হতে কোন আর্থিক সহায়তা গ্রহণ করছি/করি নাই।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর

(রোগীর বয়স আবেদনের তারিখে ১৮ বছরের কম হলে পিতা/মাতা/বৈধ অভিভাবক আবেদন করতে পারবেন)

আবেদনকারীর নাম: _____

রোগীর সাথে সম্পর্ক: _____

আবেদনকারীর মাতার নাম: _____

আবেদনকারীর পিতার নাম: _____

আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয়পত্র: _____

আবেদনকারীর মোবাইল নং: _____



ক্যান্সার/কিডনী/লিভার সিরোসিস/স্ট্রোকে প্যারালাইজড/জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া
আক্রান্ত রোগীর সমাজসেবা অধিদফতর হতে আর্থিক সহায়তা প্রাপ্তির নিমিত্তে

আর্থিক অবস্থার প্রত্যয়নপত্রঃ

(আবেদনপত্রের ২৪নং ক্রমিকের শর্তানুসারে)

এই মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব _____

পিতা/স্বামীঃ _____ মাতাঃ _____

গ্রামঃ _____ ডাকঘরঃ _____

_____ ইউনিয়ন _____ নং ওয়ার্ডের স্থায়ী বাসিন্দা। উপজেলাঃ তাহিরপুর, জেলাঃ সুনামগঞ্জ।

আমার জানামতে তিনি একজন ক্যান্সার/কিডনী/লিভার সিরোসিস/স্ট্রোকে প্যারালাইজড/জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া

আক্রান্ত রোগী। আমার জ্ঞাতসারে উপরোক্ত ব্যক্তির এই দুরারোগ্য ব্যধির চিকিৎসা করার মতো আর্থিক সচ্ছলতা আছে/নেই।

সে সমাজসেবা অধিদফতর হতে উপরোক্ত রোগের চিকিৎসা করার জন্য আর্থিক সহায়তা পাওয়ার যোগ্য/অযোগ্য।

আমি তার উপরোক্ত রোগমুক্তি ও সর্বময় মঙ্গল কামনা করি।

প্রতিস্বাক্ষর
উপজেলা সমাজসেবা অফিসার

(স্বাক্ষর ও সিল)
ইউনিয়ন পরিষদ চেয়ারম্যান



ক্যান্সার/কিডনী/লিভার সিরোসিস/স্ট্রোকে প্যারালাইজড/জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া
আক্রান্ত রোগীর সমাজসেবা অধিদফতর হতে আর্থিক সহায়তা প্রাপ্তির নিমিত্তে

জমি-জমা সংক্রান্ত প্রত্যয়নপত্রঃ

(আবেদনপত্রের ২৫নং ক্রমিকের শর্তানুসারে)

এই মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব _____

পিতা/স্বামীঃ _____ মাতাঃ _____

গ্রামঃ _____ ডাকঘরঃ _____

_____ ইউনিয়ন _____ নং ওয়ার্ডের স্থায়ী বাসিন্দা। উপজেলাঃ তাহিরপুর, জেলাঃ সুনামগঞ্জ।

আমার জানামতে তিনি একজন ক্যান্সার/কিডনী/লিভার সিরোসিস/স্ট্রোকে প্যারালাইজড/জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া
আক্রান্ত রোগী। সরেজমিনে পরিদর্শনে দেখা যায়, উপরোক্ত রোগীর বাড়ীঘর ব্যতিত ব্যক্তিগত _____ শতাংশ ভূমি
আছে/নাই। সে সমাজসেবা অধিদফতর হতে উপরোক্ত রোগের চিকিৎসা করার জন্য আর্থিক সহায়তা পাওয়ার যোগ্য/অযোগ্য।

আমি তার উপরোক্ত রোগমুক্তি ও সর্বময় মঙ্গল কামনা করি।

প্রতিস্বাক্ষর
সহকারী কমিশনার (ভূমি)

(স্বাক্ষর ও সিল)
ইউনিয়ন সহকারী/উপসহকারী ভূমি কর্মকর্তা



ক্যান্সার/কিডনী/লিভার সিরোসিস/স্ট্রোকে প্যারালাইজড/জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া
আক্রান্ত রোগীর সমাজসেবা অধিদফতর হতে আর্থিক সহায়তা প্রাপ্তির নিমিত্তে

রোগীর নাম: _____

পিতা/স্বামী: _____

মাতার নাম: _____

স্থায়ী ঠিকানা: গ্রাম: _____

পো: _____

উপজেলা: তাহিরপুর। জেলা: সুনামগঞ্জ।

রোগী/রোগীর অভিভাবকের স্বাক্ষর: _____

রোগের নাম: _____

ক্রমিক	মানদন্ডের বিষয়সমূহ	বিবরণ	মোট নম্বর	প্রাপ্ত নম্বর
১	শিশু	১৮ বছরের নিচের শিশু	৫	
		১৮-৩০ বছরের ব্যক্তি	৪	
		৩১-৪৫ বছরের ব্যক্তি	৩	
		৪৬ বা তদুর্ধ্ব বছরের ব্যক্তি	২	
২	আবেদনকারীর ক্যাটাগরী	বয়স্ক ব্যক্তি	৫	
		বিধবা/তালাকপ্রাপ্ত	৪	
		বিপন্নিক	৩	
		নিঃসন্তান	২	
		পরিবার হতে বিচ্ছিন্ন	১	
৩	রোগের স্টেজ	চূড়ান্ত পর্যায়	৫	
		মধ্যম	৪	
		প্রাথমিক	৩	
৪	রোগের সময়কাল	৫ বছর বা তদুর্ধ্ব	৫	
		৪ বছর	৪	
		৩ বছর	৩	
		২ বছর	২	
		১ বছর	১	
৫	জমি-জমা সংক্রান্ত	৫০ শতাংশ নিচে নিজস্ব ভূমি	৫	
		৫০-১০০ শতাংশ ভূমি	৪	
		১০০-৩০০ শতাংশ ভূমি	৩	
		৩০০-৫০০ শতাংশ ভূমি	২	
		৫০০-তদুর্ধ্ব ভূমি	১	
৬	আয়-রোজগার সংক্রান্ত	রোগী নিজে একমাত্র উপার্জনশীল হলে	৫	
		রোগী ব্যতিত পরিবারে একজন উপার্জনশীল হলে	৪	
		রোগী ব্যতিত পরিবারে দুইজন উপার্জনশীল হলে	৩	
		রোগী ব্যতিত পরিবারে তিনজন উপার্জনশীল হলে	২	
৭	আয়ের সীমারেখা	বাৎসরিক গড় আয় সর্বোচ্চ ৭২,০০০ টাকা হলে	৫	
		৭২,০০০-১,০০,০০০ টাকা পর্যন্ত	৪	
		১,০০,০০০-১,৫০,০০০ টাকা পর্যন্ত	৩	
		১,৫০,০০০-৩,০০,০০০ টাকা পর্যন্ত	২	
		৩,০০,০০০ টাকার উর্ধ্ব	১	
	মোট নম্বর:			

উপজেলা সমাজসেবা অফিসারের মন্তব্য: উপরোক্ত রোগী অনুদান পাওয়ার যোগ্য/যোগ্য নয়।

(স্বাক্ষর ও সিল)

উপজেলা সমাজসেবা অফিসার