

১। ব্যক্তিগত তথ্য (আবেদনকারী কর্তৃক পূরণীয়)

- ক. নাম: খ. ব্যক্তিগত নথি নং:
- গ. পদবী: ঘ. মোবাইল নং:..... ঙ. বিভাগ/প্রকল্প:.....
- চ. কর্মরত অফিস: ছ. সংস্থায় যোগদানের তারিখ:/...../.....
- জ. গত ১ বছরের ভোগকৃত অসুস্থতাজনিত ও অন্যান্য ছুটি: অসুস্থতা ছুটি..... দিন, অন্যান্য ছুটি.....দিন

২। চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য (আবেদনকারী কর্তৃক পূরণীয়)

- ক. কার জন্য চিকিৎসা সহায়তা? (টিক দিন): নিজ স্ত্রী-স্বামী সন্তান (সন্তান হলে তার বয়স? বছর)
- খ. রোগের সংক্ষিপ্ত বিবরণ:
- গ. দাবীকৃত চিকিৎসা বিলের পরিমাণ: (অংকে)..... (কথায়)
- ঘ. তত্ত্বাবধায়কের মন্তব্য (দক্ষতা ও নিবেদন সম্পর্কিত সুনির্দিষ্ট মন্তব্য, যা প্রয়োজনে উর্ধ্বতন কর্তৃপক্ষ তদন্ত করে নিশ্চিত হতে চাইতে পারে):
-
- তত্ত্বাবধায়কের স্বাক্ষর: আবেদনকারীর স্বাক্ষর:
- তারিখ ও সীল : তারিখ ও সীল :

৩। অফিস কর্তৃক পূরণীয় (মানব সম্পদ ও হিসাব বিভাগ):

- ক. চলতি বছর বরাদ্দকৃত চিকিৎসা সহায়তার পরিমাণ: টাকা। চলতি বছরে মোট বিল গ্রহণের পরিমাণ----- টাকা।
- খ. গত বছর যে পরিমাণ চিকিৎসা সহায়তা প্রদান করা হয়েছে: টাকা
- গ. যে রোগের জন্য সহায়তা প্রদান করা হয়েছিল:
- ঘ. কার জন্য সহায়তা প্রদান করা হয়েছিল (নিজ/স্ত্রী-স্বামী/সন্তান):.....
- ঙ. গত ১ বছরে অর্থ আত্মসাত, অসদাচরণ, কিংবা অডিট আপত্তি আছে কি-না? (টিক দিন)হ্যাঁ /না।
- চ. 'ঙ' এর উত্তর হ্যাঁ হলে অভিযোগের ধরণ এক কথায় উল্লেখ করুন:
-
- যাচাইকারীর স্বাক্ষর: তারিখ:...../...../..... সীল:

৪। কমিটির সুপারিশ

উপরোক্ত তথ্যাবলীর আলোকে চিকিৎসা বিষয়ক কমিটি সর্বসম্মতভাবে আবেদনকারীকে চিকিৎসা সহায়তা প্রদানের জন্য যোগ্য / যোগ্য নয় বলে সিদ্ধান্ত নিয়েছে। দাবীকৃত মোট ব্যয়ের% অর্থ প্রদানের জন্য সুপারিশ করা হলো।

কমিটি সদস্যের স্বাক্ষর: কমিটি সদস্যের স্বাক্ষর: কমিটি প্রধানের স্বাক্ষর: অনুমোদনকারীর স্বাক্ষর

তারিখ ও সিল: তারিখ ও সিল: তারিখ ও সিল: তারিখ ও সিল: