

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 ছুটি: বাছু..... দিন, অছু..... দিন, অন্যান্য.....দিন

২। চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য (আবেদনকারী কর্তৃক পূরণীয়)

ক. কার জন্য চিকিৎসা সহায়তা? (টিক দিন): নিজ স্ত্রী-স্বামী সন্তান (সন্তান হলে তার বয়স কত? বছর)
খ. রোগের সংক্ষিপ্ত বিবরণ:
গ. দাবীকৃত চিকিৎসা ব্যয়ের পরিমাণ: (অংকে)..... (কথায়)

আবেদনকারীর স্বাক্ষর
তারিখ ও সিল

৩. তত্ত্বাবধায়ক কর্তৃক পূরণীয়:

ক. চলতি বছরে অর্থ আত্মসাত আছে কি-না? (টিক দিন)হ্যাঁ /না। হ্যাঁ হলে পরিমাণ.....টাকা
খ. তত্ত্বাবধায়কের মন্তব্য (দক্ষতা ও নিবেদন সম্পর্কিত সুনির্দিষ্ট মন্তব্য, যা প্রয়োজনে উর্ধ্বতন কর্তৃপক্ষ তদন্ত করে নিশ্চিত হতে চাইতে পারে):
.....
.....
তত্ত্বাবধায়কের স্বাক্ষর:
তারিখ ও সিল :

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

ক. চলতি বছর বরাদ্দকৃত চিকিৎসা সহায়তার পরিমাণ: টাকা। চলতি বছরে মোট 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):.....
চ. আত্মসাত এর বাহিরে অন্য কোন সুনির্দিষ্ট অভিযোগ থাকলে তার ধরণ এক কথায় উল্লেখ করুন:
.....
যাচাইকারীর স্বাক্ষর: তারিখ:...../...../..... সিল:

৫। 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:

