

নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী (এনডিডি) ব্যক্তিদের চিকিৎসা সহায়তা হিসেবে আর্থিক অনুদান প্রাপ্তির

আবেদন

(আবেদনকারী নিজে পূরণ ও স্বাক্ষর করবেন অথবা কারো দ্বারা পূরণ করে নিজে স্বাক্ষর/টিপসহি দিবেন)

বরাবর,

জেলা প্রশাসক

ও

সভাপতি

এনডিডি সুরক্ষা ট্রাস্ট বিষয়ক জেলা কমিটি----- জেলা

পাসপোর্ট সাইজের  
সত্যায়িত ছবি।

বিষয় : এনডিডি ব্যক্তিদের চিকিৎসা সহায়তা হিসেবে আর্থিক অনুদান প্রাপ্তির আবেদন।

মহোদয়,

বিনীত নিবেদন এই যে, আমি একজন নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী ব্যক্তি। আমার বয়স.....বছর। আমি সরকার কর্তৃক প্রদত্ত এনডিডি ব্যক্তিদের চিকিৎসা সহায়তা হিসেবে আর্থিক অনুদান প্রাপ্তির আবেদন করছি। আমার তথ্যাদি নিম্নে প্রদত্ত হল। উল্লেখ্য যে, আমার নিম্নে বর্ণিত তথ্যাদি সত্য।

১। এনডিডি প্রতিবন্ধী ব্যক্তির নাম : .....

আইডি নম্বর

২। পিতা/স্বামীর নাম : .....

আইডি নম্বর

৩। মাতার নাম : .....

আইডি নম্বর

৪। (ক) বর্তমান ঠিকানা :

(খ) স্থায়ী ঠিকানা :

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

৫। অভিভাবকের বার্ষিক গড় আয় :..... (স্থানীয় জনপ্রতিনিধি/১ম শ্রেণীর কর্মকর্তা কর্তৃক প্রত্যয়নপত্র সংযুক্ত)

৬। নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধীর ধরণ : অটিজম/ডাউনসিড্রোম/সেরিব্রাল পালসি/বুদ্ধি প্রতিবন্ধী

৭। অভিভাবকের আর্থ সামাজিক অবস্থা :

(ক) জমিজমার পরিমাণ..... (খ) ছেলে মেয়ের সংখ্যা .....

৮। চিকিৎসা/তত্ত্বাবধানকারী চিকিৎসকের (সিভিল সার্জন/ শিশু বিকাশ ক্লিনিক/ পেডিয়েট্রিক নিউরোলজিস্ট/ সাইকিয়াট্রিস্ট এবং ক্লিনিক্যাল সাইকোলজিস্ট) নাম ও পদবী : .....

আবেদনকারীর স্বাক্ষর/ টিপ সহি

অফিস কর্তৃক পূরণীয়

৯। সুপারিশ : আবেদনকারী এনডিডি ব্যক্তি হিসেবে আর্থিক অনুদান পাওয়ার যোগ্য/অযোগ্য।

উপপরিচালক  
জেলা সমাজসেবা কার্যালয়  
স্বাক্ষর ও সিল

জেলা প্রশাসকের স্বাক্ষর  
ও  
সিল