

বরাবর,  
উপপরিচালক  
জেলা সামাজ্যসেবা কার্যালয়,  
খুলনা।

ছবি

বিষয় :- জেলা সমাজকল্যাণ পরিষদ হতে দুরারোগ্য ও জটিল রোগে আক্রান্ত দরিদ্র ব্যক্তির চিকিৎসা সহায়তা পাবার আবেদন।

সবিনয় নিবেদন এই যে, আমি.....দীর্ঘদিন যাবত.....  
বর্নিত রোগে ভুগতেছি এবং চিকিৎসা করে আর্থিক অনটনের মধ্যে দিনাতিপাত করছি। নিম্নে আমার বৃত্তান্ত প্রদান করা হল।

১। নাম ও পেশা :....., .....

২। পিতা/স্বামীর নাম ও পেশা:....., .....

৩। মাতার নাম ও পেশা :....., .....

৩।(ক) বার্ষিক পারিবারিক আয় (গড়): .....

৪। ভোটার আইডি কার্ড নম্বর :.....।

৫। ঠিকানা, বাড়ী/হোল্ডিং নং: ..... গ্রাম/মহল্লা: ..... ওয়ার্ড/পোস্ট :.....

..... উপজেলা/থানা: ..... জেলা: .....

আবেদনকারী অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম: .....

ঠিকানা: ..... মোবাইল নং .....

৬। পূর্বে জেলা সমাজকল্যাণ পরিষদ, খুলনা হতে আর্থিক সহায়তা পেয়েছি / পাই নাই।

অতএব, মহোদয়ের নিকট নিবেদন আমার আর্থিক অবস্থার বিষয়টি বিবেচনা পূর্বক মানবিক কারণে আমি যেন জাতীয় সমাজকল্যাণ তহবিল হতে..... রোগের কারণে আর্থিক সহায়তা পেতে পারি তার সুব্যবস্থা করতে আপনার একান্ত মর্জি হয়।

বিনীত নিবেদন

আবেদনকারী স্বাক্ষর

মোবা:

সংযুক্ত :- ১। ভোটার আইডি কার্ডের ছায়ালিপি (সত্যায়িত)

২। সংশ্লিষ্ট রোগের চিকিৎসকের ব্যবস্থাপত্র ও সকল রিপোর্ট