

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

ফরম নং ০৮

জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়

বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড

বোর্ড (রাজস্ব) তহবিল

১ম ১২ তলা সরকারি অফিস ভবন (১১ তলা)

সেগুনবাগিচা, ঢাকা-১০০০১

(www.bkkb.gov.bd)

আবেদনকারীর অফিস  
প্রধান কর্তৃক  
সত্যায়িতপাসপোর্ট  
সাইজের ১ (এক) কপি  
ছবি

অসামরিক কর্মে নিয়োজিত সরকারি কর্মচারীগণের জটিল ও ব্যয়বহুল রোগের জন্য  
দেশে/বিদেশে চিকিৎসা সাহায্য সংক্রান্ত আবেদন ফরম।

## অংশ -ক

(আবেদনকারী পূরণ করবেন)

- ০১। (ক) কর্মচারীর নাম (বাংলায়) :
- (ইংরেজিতে বড় অক্ষরে)
- (খ) পদবি (বাংলায়) :
- (ইংরেজিতে বড় অক্ষরে)
- (গ) জাতীয় পরিচয়পত্র নং (সত্যায়িত ফটোকপি সংযুক্ত করতে হবে) :
- (ঘ) ফোন/মোবাইল নং :
- (ঙ) ব্যাংক হিসাব নম্বর :
- ব্যাংকের শাখার নাম ও :
- ব্যাংক শাখার রাউটিং নম্বর (বাধ্যতামূলক) :
- (চ) জন্ম তারিখ :
- (ছ) সরকারি চাকরিতে যোগদানের তারিখ (রাজস্বখাতভুক্ত) :
- (জ) অফিসের ঠিকানা :
- (ঝ) মূলবেতন ও বেতন স্কেল :
- ২। বর্তমান ঠিকানা :
- ৩। চিকিৎসার জন্য মোট খরচ :
- ৪। বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড বা অন্য কোন সংস্থা হতে ইতোপূর্বে কোন চিকিৎসা সাহায্য গ্রহণ করলে উহার--
- ক) পরিমাণ : টাকা
- খ) তারিখ ও স্মারক নং :
- গ) প্রদানকারী সংস্থার নাম :

আমি শপথ করে বলছি যে, উল্লিখিত তথ্যসমূহ সম্পূর্ণ সত্য

তারিখ :

কর্মকর্তা/কর্মচারীর স্বাক্ষর

[ অপর পৃষ্ঠা দ্রষ্টব্য ]

## অংশ - খ

(সরকারি হাসপাতাল অথবা বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক কর্তৃক পূরণ করতে হবে)

প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম ..... আমার চিকিৎসাধীন  
আছেন/ছিলেন। তিনি.....  
.....  
..... রোগে ভুগছেন। এ রোগের চিকিৎসার জন্য আনুমানিক টাকা ..... খরচ হবে/ হয়েছে। এ জটিল  
রোগের জন্য দেশে/বিদেশে চিকিৎসার প্রয়োজন।

তারিখ :

বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকের স্বাক্ষর

নামযুক্ত সিল

ফোন/মোবাইল নম্বর :

## অংশ - গ

(আবেদনকারীর দপ্তর কর্তৃক পূরণ করতে হবে)

প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম ..... এ মন্ত্রণালয়/বিভাগ/দপ্তর/পরিদপ্তর/কার্যালয়ে  
..... পদে চাকরি করেন এবং তিনি.....  
শ্রেণির সরকারি কর্মকর্তা/কর্মচারী। তিনি অসামরিক রাজস্বখাত হতে বেতন গ্রহন করেন ও অপর পৃষ্ঠায় তার পদন্ত বিবরণ সত্য।  
তিনি নিজের চিকিৎসার জন্য আবেদন করেছেন।

স্বাক্ষর

বিভাগীয় প্রধানের স্বাক্ষর/দপ্তর প্রধানের

(ন্যূনতম জেলা পর্যায়ের কর্মকর্তা)

পদবি ও নামযুক্ত সিল :

কার্যালয়ের ঠিকানা :

ফোন/মোবাইল নম্বর (বাধ্যতামূলক) :

ই-মেইল ঠিকানা (যদি থাকে)

নিয়মাবলি :

১. আবেদনপত্রের সাথে কর্মচারীর চাকরি বহির ৩য় পৃষ্ঠার সত্যায়িত কপি।
২. হিসাব রক্ষণ অফিস হতে বেতন বিবরণী।
৩. চিকিৎসা বিষয়ক মূল কাগজপত্র (ছাড়পত্র, ব্যবস্থাপত্র, রিপোর্ট, ভাউচার ইত্যাদি) অবশ্যই দাখিল করতে হবে।
৪. আবেদনপত্রের সাথে সংযুক্ত কাগজপত্রাদি প্রতিস্বাক্ষর করে একটি ফরওয়ার্ডিং চিঠির মাধ্যমে প্রেরণ করতে হবে।
৫. এ তহবিল হতে এক বা একাধিকবারে সাকুল্যে সর্বোচ্চ এক লাখ টাকা মঞ্জুরি প্রদান করা হয়।
৬. আবেদন ফরমের প্রতিটি কলাম সঠিক তথ্যসহ যথাযথভাবে পূরণ এবং ব্যাংক হিসাব নম্বরের তথ্য সংক্রান্ত ১(ঙ) অংশ অবশ্যই পূরণ করতে হবে। অসম্পূর্ণ/সন্দেহযুক্ত/ক্রটিপূর্ণ আবেদনপত্র বাতিল বলে গণ্য হবে।
৭. আবেদন ফরম [www.bkbb.gov.bd](http://www.bkbb.gov.bd) ওয়েবসাইট থেকে সংগ্রহ করা যাবে।
৮. পূরণকৃত আবেদন সভাপতি, দেশে ও বিদেশে কর্মচারীগণের জটিল ও ব্যয়বহুল চিকিৎসা সাহায্য তহবিল, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, প্রধান কার্যালয়, ১ম ১২তলা সরকারি অফিস ভবন, সেগুনবাগিচা, ঢাকা বরাবরে প্রেরণ করতে হবে।