

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 :

- আবেদনপত্রের সাথে কর্মচারীর চাকরি বহির ৩য় পৃষ্ঠার সত্যায়িত কপি।
- হিসাব রক্ষণ অফিস হতে বেতন বিবরণী।
- চিকিৎসা বিষয়ক মূল কাগজপত্র (ছাড়পত্র, ব্যবস্থাপত্র, রিপোর্ট, ভাউচার ইত্যাদি) অবশ্যই দাখিল করতে হবে।
- আবেদনপত্রের সাথে সংযুক্ত কাগজপত্রাদি প্রতিস্বাক্ষর করে একটি ফরওয়ার্ডিং চিঠির মাধ্যমে প্রেরণ করতে হবে।
- এ তহবিল হতে এক বা একাধিকবারে সাকুল্যে সর্বোচ্চ এক লাখ টাকা মঞ্জুরি প্রদান করা হয়।
- আবেদন ফরমের প্রতিটি কলাম সঠিক তথ্যসহ যথাযথভাবে পূরণ এবং ব্যাংক হিসাব নম্বরের তথ্য সংক্রান্ত ১(ঙ) অংশ অবশ্যই পূরণ করতে হবে। অসম্পূর্ণ/সন্দেহযুক্ত/ত্রুটিপূর্ণ আবেদনপত্র বাতিল বলে গণ্য হবে।
- আবেদন ফরম www.bkkb.gov.bd ওয়েবসাইট থেকে সংগ্রহ করা যাবে।
- 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।

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 পদস্ত 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 :

- আবেদনপত্রের সাথে কর্মচারীর চাকরি বহির ৩য় পৃষ্ঠার সত্যায়িত কপি।
- হিসাব রক্ষণ অফিস হতে বেতন বিবরণী।
- চিকিৎসা বিষয়ক মূল কাগজপত্র (ছাড়পত্র, ব্যবস্থাপত্র, রিপোর্ট, ভাউচার ইত্যাদি) অবশ্যই দাখিল করতে হবে।
- আবেদনপত্রের সাথে সংযুক্ত কাগজপত্রাদি প্রতিস্বাক্ষর করে একটি ফরওয়ার্ডিং চিঠির মাধ্যমে প্রেরণ করতে হবে।
- এ তহবিল হতে এক বা একাধিকবারে সাকুল্যে সর্বোচ্চ এক লাখ টাকা মঞ্জুরি প্রদান করা হয়।
- আবেদন ফরমের প্রতিটি কলাম সঠিক তথ্যসহ যথাযথভাবে পূরণ এবং ব্যাংক হিসাব নম্বরের তথ্য সংক্রান্ত ১(ঙ) অংশ অবশ্যই পূরণ করতে হবে। অসম্পূর্ণ/সন্দেহযুক্ত/ত্রুটিপূর্ণ আবেদনপত্র বাতিল বলে গণ্য হবে।
- আবেদন ফরম www.bkkb.gov.bd ওয়েবসাইট থেকে সংগ্রহ করা যাবে।
- 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।