



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
সমাজসেবা অধিদফতর
উপতত্ত্বাবধায়কের কার্যালয়
সরকারি শিশু পরিবার (বালক)
ছাগলনাইয়া, ফেনী



www.sspb.chhagalnaiya.feni.gov.bd

নং: ৪১.০১.৩০০০.০৩৫.১৯.০০৩.২২. ৯৯৮

তারিখঃ ১৪/১২/২০২২ খ্রি:।

ভর্তি বিজ্ঞপ্তি

সকলের অবগতির জন্য জানানো যাচ্ছে যে, সরকারি শিশু পরিবার, (বালক) ছাগলনাইয়া, ফেনীতে শূন্য আসনে ০৬ (ছয়) বছর থেকে ০৯ (নয়) বছর পর্যন্ত বয়সের এতিম (বালক) শিশুদের ভর্তি করা হবে। ভর্তিচ্ছু এতিম শিশুদের / অভিভাবকের নিকট থেকে আগামী ২৯/১২/২০২২ খ্রি. তারিখের মধ্যে নিম্নসাক্ষরকারী বরাবর নির্ধারিত ফরমে দরখাস্ত আহবান করা যাচ্ছে।

আবেদনপত্র প্রাপ্তিস্থান:

১. উপতত্ত্বাবধায়কের কার্যালয়, সরকারি শিশু পরিবার (বালক), ছাগলনাইয়া, ফেনী।
২. উপজেলা সমাজসেবা কার্যালয় (সকল)।
৩. ওয়েবসাইট থেকেও ফর্ম ডাউনলোড করা যাবে (dss.gov.bd)।

আবেদন পত্রের সাথে নিম্নোক্ত কাগজপত্র সংযুক্ত:

১. নির্ধারিত ফরমের আবেদনে স্থানীয় ইউপি চেয়ারম্যান, উপজেলা স্বাস্থ্য ও পরিবার পরিকল্পনা কর্মকর্তা এবং উপজেলা সমাজসেবা কর্মকর্তার স্বাক্ষর।
২. এতিম বালকের সদ্য তোলা পাসপোর্ট সাইজের সত্যায়িত রশ্মি ছবি- ০২ কপি।
৩. অভিভাবকের পাসপোর্ট সাইজের সত্যায়িত ছবি- ০২ কপি।
৪. এতিমের জন্মনিবন্ধন সনদের সত্যায়িত ফটোকপি- ০১ কপি।
৫. পিতার অনলাইন মৃত্যু সনদের সত্যায়িত ফটোকপি- ০১ কপি।
৬. পিতা ও মাতার জাতীয় পরিচয়পত্রের ফটোকপি - ০১ কপি।
৭. অভিভাবকের (মাতা ভিন্ন অন্য অভিভাবকের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য) জাতীয় পরিচয়পত্রের ফটোকপি- ০১ কপি।


কাজী সামী উল হক

উপতত্ত্বাবধায়ক
সরকারি শিশু পরিবার (বালক)
ছাগলনাইয়া, ফেনী।

ইমেইল: dys.sspb.feni@dss.gov.bd

সদয় অবগতির জন্য অনুলিপি প্রেরণ (জ্যেষ্ঠতার ক্রমানুসারে নয়) :

১. জেলা প্রশাসক, ফেনী।
২. উপপরিচালক, জেলা সমাজসেবা কার্যালয়, ফেনী।
৩. চেয়ারম্যান, উপজেলা পরিষদ, ছাগলনাইয়া, ফেনী।
৪. উপজেলা নির্বাহী অফিসার, ছাগলনাইয়া, ফেনী।
৫. মেয়র, ছাগলনাইয়া পৌরসভা, ফেনী।
৬. উপজেলা সমাজসেবা অফিসার (সকল), ফেনী।
৭. চেয়ারম্যান, ইউনিয়ন পরিষদ (সকল), ছাগলনাইয়া, ফেনী।
৮. নোটিশ বোর্ড।

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
সমাজকল্যাণ মন্ত্রণালয়
সমাজসেবা অধিদফতর

সরকারি শিশু পরিবার সমূহে শিশু ভর্তির আবেদনপত্র (বালক/বালিকা)



প্রতিষ্ঠানের নাম :
জেলা :

১। প্রার্থীর নাম :

২। (ক) পিতার নাম :

(খ) মাতার নাম :

৩। স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম/মহল্লা : ডাকঘর :
উপজেলা : জেলা :

৪। বর্তমান ঠিকানা : গ্রাম/মহল্লা : ডাকঘর :
উপজেলা : জেলা :

৫। জন্ম তারিখ : বর্তমান বয়স :

৬। জাতীয়তা : ধর্ম :

৭। শিক্ষাগত যোগ্যতা :

৮। অভিভাবকের নাম :

পেশা : মাসিক আয় : শিশুর সাথে সম্পর্ক :
ঠিকানা :

৯। (ক) পিতা মৃত হলে মৃত্যুর কারণ :

(খ) মাতা মৃত হলে মৃত্যুর কারণ :

১০। পৈত্রিক স্থাবর সম্পত্তি আছে কিনা :

থাকলে সম্পত্তির বিবরণ :

১১। শিশুর শারীরিক অবস্থা কেমন :

১২। শিশুর ভাই/বোন কতজন এবং তাদের বয়স ও পেশা :

১৩। শিশুর কোন মারাত্মক ছোঁয়াচে রোগ আছে কিনা, থাকলে তা কি ? :

১৪। দরখাস্তে বর্ণিত শিশুর কোন সহোদর ভাই বা বোন ইতোপূর্বে সমাজসেবা অধিদফতরের কোন প্রতিষ্ঠানে/কোন দুঃস্থ শিশু প্রশিক্ষণ ও পুনর্বাসন কেন্দ্রে ভর্তি হয়েছে কিনা ? হয়ে থাকলে বিস্তারিত বিবরণ :

(অপর পাতায় দ্রষ্টব্য)

১৫। অভিভাবকের ঘোষণা পত্র : আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, এ আবেদন পত্রে বর্ণিত বিবরণ সত্য এবং নির্ভুল। আমি অঙ্গীকার করছি যে, প্রার্থী কেন্দ্রে ভর্তি হওয়ার পর কেন্দ্রের যাবতীয় বিধি বিধান ও নিয়ম শৃঙ্খলা মেনে চলবে এবং শালিত শৃঙ্খলার পরিপন্থী কোন কাজে লিপ্ত হবে না। কেন্দ্র কর্তৃপক্ষের আদেশ নির্দেশ মেনে চলবে।

তারিখ : অভিভাবকের নাম ও স্বাক্ষর/টিপসহি।

১৬। পৌরসভা/ইউনিয়ন পরিষদের চেয়ারম্যান/ওয়ার্ড কমিশনার/ওয়ার্ড মেম্বার এর মতামত :

প্রার্থী : পিতা :
গ্রাম/মহল্লা : ডাকঘর : উপজেলা :
জেলা :

অত্র পৌরসভা/ইউনিয়ন/ওয়ার্ডের স্থায়ী বাসিন্দা। সে একজন প্রকৃত এতিম ও দুঃস্থ শিশু। সে সরকারি খরচে লালনপালনযোগ্য।

তারিখ : চেয়ারম্যান/ওয়ার্ড কমিশনার
ওয়ার্ড মেম্বার (স্বাক্ষর ও সীল)।

১৭। সংশ্লিষ্ট উপজেলা সমাজসেবা কর্মকর্তার মতামত :

তারিখ : উপজেলা সমাজসেবা কর্মকর্তা
(স্বাক্ষর ও সীল)।

১৮। সিভিল সার্জন/উপজেলা স্বাস্থ্য ও পরিবার পরিকল্পনা কর্মকর্তার মতামত :

এই মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, প্রার্থীর বয়স বছর। সে শারীরিকভাবে সুস্থ/অসুস্থ। তার ছোঁয়াচে রোগ আছে/নেই। তার শারীরিক বা মানসিক দুর্বলতা আছে/নেই।

তারিখ : সিভিল সার্জন/উপজেলা স্বাস্থ্য ও
পরিবার পরিকল্পনা কর্মকর্তার(স্বাক্ষর ও সীল)।

১৯। ভর্তি কমিটির সিদ্ধান্ত :

(ক) ভর্তি করা হলো (খ) ভর্তিযোগ্য নয় (গ) পরে বিবেচনা করা হবে

সদস্যগুণসচিব, ভর্তি কমিটি

ও

তত্ত্বাবধায়ক/উপ-তত্ত্বাবধায়ক
সরকারি শিশু পরিবার।

সভাপতি
ভর্তি কমিটি।