

সেবা প্রদান প্রতিশ্রুতি (Citizen's Charter)

১. ভিশন ও মিশন:

ভিশন : সকলের জন্য মানসম্মত স্বাস্থ্য শিক্ষা এবং সশ্রয়ী পরিবার পরিকল্পনা সেবা।

মিশন : স্বাস্থ্য, জনসংখ্যা ও পুষ্টি খাতের উন্নয়নের মাধ্যমে মানসম্মত স্বাস্থ্য শিক্ষা এবং সবার জন্য সশ্রয়ী ও গুনগত পরিবার পরিকল্পনা সেবা।

২. প্রতিশ্রুত সেবাসমূহ

২.১) নাগরিক সেবা:

| ১ | ২ | ৩ | ৪ | ৫ | ৬ | ৭ | ৮ |
|--------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ক্রমিক | সেবার নাম | সেবা প্রদানের সর্বোচ্চ সময় | প্রয়োজনীয় কাগজপত্র | প্রয়োজনীয় কাগজপত্র/ আবেদন ফরম প্রাপ্তিস্থান | সেবামূল্য এবং পরিশোধ পদ্ধতি (যদি থাকে) | শাখার নামসহ দায়িত্বপ্রাপ্ত কর্মকর্তার পদবি, রুম নম্বর, জেলা/উপজেলা কোড, অফিসিয়াল টেলিফোন ও ইমেইল | উর্ধ্বতন কর্মকর্তার পদবি, রুম নম্বর, জেলা/উপজেলা কোড, অফিসিয়াল টেলিফোন ও ইমেইল |
| ১ | তথ্য প্রদান | একটি তথ্য ইউনিটের জন্য ২০ (বিশ) কর্মদিবস এবং একাধিক তথ্য ইউনিটের জন্য ৩০(ত্রিশ) ত্রিশ কর্মদিবস | ১. তথ্য অধিকার (তথ্য প্রাপ্তি সংক্রান্ত) বিধিমালা বিধি-৩ অনুযায়ী তথ্য প্রাপ্তির আবেদন ফরম (ফরম-'ক') ২. তথ্য প্রাপ্তির অনুরোধ ফি তথ্যের মূল্য নির্ধারণ ফি ফরম-'ঘ'। | ১. http://www.infocom.gov.bd/ ২. http://fpo.coxsbazar.gov.bd/ ৩. http://www.forms.gov.bd/ | তথ্য প্রাপ্তির অনুরোধ ফি তথ্যের মূল্য নির্ধারণ ফি রশিদের মাধ্যমে জমা প্রদান করা যাবে। | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd |
| ২ | পরিবার পরিকল্পনা সেবা প্রদান | প্রত্যহ (ছুটির দিন ব্যতিত) | প্রযোজ্য নয় | প্রযোজ্য নয় | বিনামূল্যে | ১. মেডিকেল অফিসার (ক্লিনিক)/(এমসিএইচ-এফপি), উপসহকারী কমিউনিটি মেডিকেল অফিসার, পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকা, পরিবার পরিকল্পনা পরিদর্শক, পরিবার কল্যাণ সহকারী (সংশ্লিষ্ট উপজেলা/ইউনিয়ন/ওয়ার্ড/ইউনিট) | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd |

| ১ | ২ | ৩ | ৪ | ৫ | ৬ | ৭ | ৮ |
|--------|--------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ক্রমিক | সেবার নাম | সেবা প্রদানের সর্বোচ্চ সময় | প্রয়োজনীয় কাগজপত্র | প্রয়োজনীয় কাগজপত্র/ আবেদন ফরম প্রাপ্তিস্থান | সেবামূল্য এবং পরিশোধ পদ্ধতি (যদি থাকে) | শাখার নামসহ দায়িত্বপ্রাপ্ত কর্মকর্তার পদবি, রুম নম্বর, জেলা/উপজেলা কোড, অফিসিয়াল টেলিফোন ও ইমেইল | উর্ধ্বতন কর্মকর্তার পদবি, রুম নম্বর, জেলা/উপজেলা কোড, অফিসিয়াল টেলিফোন ও ইমেইল |
| ৩ | বেসরকারি সংস্থা (এনজিও অধিভুক্তিকরণ) | ১০দিন | <ol style="list-style-type: none"> ১. সংস্থার আবেদন (মহাপরিচালক বরাবর সংস্থার প্রধান কর্তৃক) ২. সংস্থার গঠনতন্ত্র। ৩. সর্বশেষ যথাযথ কর্তৃপক্ষ কর্তৃক অনুমোদিত নির্বাহী কমিটির তালিকা। ৪. কার্যক্রম মূল্যায়ন প্রতিবেদন। ৫. ক্লিনিক্যাল কার্যক্রম নবায়নের জন্য জেলা টেকনিক্যাল কমিটির কার্যবিবরণী ৬. পূর্ববর্তী এক বছরের নিরীক্ষা প্রতিবেদন। ৭. উপজেলা পরিবার পরিকল্পনা কর্মকর্তা কর্তৃক অধিভুক্তি নবায়নের পক্ষে/বিপক্ষে সুস্পষ্ট মতামত। ৮. উপপরিচালক পরিবার পরিকল্পনা কর্তৃক অধিভুক্তি নবায়নের পক্ষে/বিপক্ষে সুস্পষ্ট মতামত। ৯. উপপরিচালক(পরিবার পরিকল্পনা) এর অগ্রায়ন পত্র এবং সংযুক্ত সকল কাগজপত্রের তালিকা ১০. সমাজকল্যাণ অধিদপ্তর/ এনজিও বিষয়ক ব্যুরো/ রেজিস্টার জয়েন্ট স্টক কোম্পানীর যেকোন একটি হতে নিবন্ধিকৃত। ১১. (ক)সংস্থার কার্যক্রম পরিচালনার জন্য দাতা সংস্থা কর্তৃক দেয় অঙ্গীকার পত্র। (খ)নিজস্ব অর্থায়নের ক্ষেত্রে অর্থের উৎস সম্বলিত সকল প্রমানাদি এবং সংস্থার পরিচালনা ব্যয় নির্বাহের খাতওয়ারী বিবরণ (গ) সরকারী প্রতিষ্ঠানের নিকট থেকে প্রাপ্ত আর্থিক অনুদানের বিবরণসহ প্রমাণাদি ১২. অর্থসহায়তা সংক্রান্ত দ্বিপাক্ষিক চুক্তিনামা ১৩. নিজস্ব অর্থায়নের ক্ষেত্রে টিআইএন ও হালনাগাদ আয়কর পরিশোধ প্রত্যয়ন সনদ পত্র। ১৪. সংস্থাকে ০২ (দুই) বছরের জন্য ক্লিনিক প্রতি নবায়ন ফি বাবদ ২০০০/- টাকা ও সিবিডি কার্যক্রম পরিচালনার জন্য জেলা ভিত্তিক ১০০০/- (এক হাজার) টাকা ট্রেজারী চালানের মাধ্যমে জমাদানপূর্বক সত্যায়িত ছায়ালিপি। ১৫. অধিভুক্তির পর এলাকা সম্প্রসারণ কিংবা নতুন ক্লিনিক পরিচালনা করতে আগ্রহী হলে নবায়নের জন্য আবেদনের সময় সুনির্দিষ্টভাবে উল্লেখ। ১৬. সংস্থার অগ্রীম ০২ (দুই) বছরের সেবা ভিত্তিক কর্মপরিকল্পনা, সেইসাথে সংস্থার মাসিক প্রাক্কলিত জন্মনিরোধক দ্রব্য সামগ্রীর পদ্ধতি ভিত্তিক চাহিদার পরিমান। ১৭. সিবিডি কার্যক্রমের জন্য সংশ্লিষ্ট উপজেলা পরিবার পরিকল্পনা কর্মকর্তা কর্তৃক সুপারিশকৃত ও সংশ্লিষ্ট উপ-পরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) কর্তৃক অনুমোদিত ছকে এলাকা বরাদ্দপত্র। ১৮. সিবিডি কার্যক্রমের জন্য সংস্থা কর্তৃক বাড়া পরিদর্শনভিত্তিক সেবা দেয়ার অঙ্গীকার পত্র। | <ol style="list-style-type: none"> ১। পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তরের পরিকল্পনা ইউনিট ২। এ কার্যালয় ৩। উপজেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয় | <p>অধিভুক্তি ফি হিসেবে= ২০০০/- (দুই হাজার টাকা)র নির্ধারিত কোডে (১- ৭৪৮১- ০০০০-১৮৩৬) জমাকৃত ট্রেজারী চালানের (CTR যুক্ত প্রয়োজন) সত্যায়িত ছায়ালিপি</p> | <p>উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd</p> | <p>উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd</p> |

| ১ ক্রমিক | ২ সেবার নাম | ৩ সেবা প্রদানের সর্বোচ্চ সময় | ৪ প্রয়োজনীয় কাগজপত্র | ৫ প্রয়োজনীয় কাগজপত্র/ আবেদন ফরম প্রাপ্তিস্থান | ৬ সেবামূল্য এবং পরিশোধ পদ্ধতি (যদি থাকে) | ৭ শাখার নামসহ দায়িত্বপ্রাপ্ত কর্মকর্তার পদবি, রুম নম্বর, জেলা/উপজেলা কোড, অফিসিয়াল টেলিফোন ও ইমেইল | ৮ উর্ধ্বতন কর্মকর্তার পদবি, রুম নম্বর, জেলা/উপজেলা কোড, অফিসিয়াল টেলিফোন ও ইমেইল |
|-------------|----------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | <p>১৯. সিবিডি ও ক্লিনিক্যাল কার্যক্রম পরিচালনার জন্য অধিভুক্তি নবায়নের ক্ষেত্রে সুপারিশ কমিটির প্রতিবেদন।</p> <p>২০. ক) অধিভুক্তি প্রাপ্তির পর মেয়াদ শেষ হবার নূন্যতম ৪ মাস পূর্বে পুনরায় অধিভুক্তি নবায়নের জন্য সংস্থা-প্রধান কে মহা-পরিচালক, পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর বরাবর সংশ্লিষ্ট উপজেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়ে সংস্থার কার্যক্রম মূল্যায়ন প্রতিবেদন এবং প্রয়োজনীয় ডকুমেন্টস আবেদনপত্র দাখিল করতে হবে।</p> <p>খ) সংশ্লিষ্ট উপজেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয় হতে ১ মাসের মধ্যে জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়ে প্রেরণ।</p> <p>গ) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয় হতে ২ মাসের মধ্যে নবায়নের সকল তথ্যাদি পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তরে অগ্রায়ন।</p> <p>ঘ) সময়মত আবেদন করতে ব্যর্থ হলে প্রতি মাসের জন্য ক্লিনিক প্রতি নবায়ন ফির অতিরিক্ত ফি হিসেবে এক চতুর্থাংশ (৫০০/- টাকা) বিলম্ব ফি প্রদান করতে হবে।</p> <p>২১. সংস্থার সর্বশেষ নবায়নের অনুমোদন আদেশ এবং বিনামূল্যে পরিবার পরিকল্পনা সেবা প্রদানের অঙ্গীকার পত্র।</p> | | | | |

২.২ প্রাতিষ্ঠানিক সেবা: প্রযোজ্য নয়।

২.৩ অভ্যন্তরীণ সেবা:

| ১ | ২ | ৩ | ৪ | ৫ | ৬ | ৭ | ৮ |
|--------|---------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ক্রমিক | সেবার নাম | সেবা প্রদানের সর্বোচ্চ সময় | প্রয়োজনীয় কাগজপত্র | প্রয়োজনীয় কাগজপত্র/ আবেদন ফরম প্রাপ্তিস্থান | সেবামূল্য এবং পরিশোধ পদ্ধতি (যদি থাকে) | শাখার নামসহ দায়িত্বপ্রাপ্ত কর্মকর্তার পদবি, রুম নম্বর, জেলা/উপজেলা কোড, অফিসিয়াল টেলিফোন ও ইমেইল | উর্ধ্বতন কর্মকর্তার পদবি, রুম নম্বর, জেলা/উপজেলা কোড, অফিসিয়াল টেলিফোন ও ইমেইল |
| ১. | পেনশন (চাকুরে নিজে অবসর গ্রহণের ক্ষেত্রে) | ১০ (দশ) কার্য দিবস | ১. পেনশন ফরম ২.১ (সংযোজনী-৪)-১কপি ২. ননগেজেটেড কর্মচারীগণের ক্ষেত্রে সার্ভিসবুক/গেজেটেড কর্মচারীগণের ক্ষেত্রে সর্বশেষ ৩ বৎসরের চাকরির বিবরণী/এলপিসি-১কপি ৩. অবসর ও পিআরএল-এ গমনের মঞ্জুরি পত্র-১কপি ৪. প্রত্যাশিত শেষ বেতন পত্র/শেষ বেতনপত্র-১কপি ৫. সত্যায়িত ছবি-৪ কপি। ৬. জাতীয় পরিচয়পত্র-১কপি ৭. চাকরি স্থায়ীকরণের/নিয়মিতকরণের আদেশ (উন্নয়ন প্রকল্প থেকে রাজস্ব খাতে স্থানান্তরিত, এডহকভিত্তিতে নিয়োগকৃতদের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)-১কপি ৮. প্রাপ্তব্য পেনশনের বৈধ উত্তরাধিকারী ঘোষণা পত্র (সংযোজনী-২)-৩ কপি। ৯. নমুনা স্বাক্ষর ও হাতের পাঁচ আঙ্গুলের ছাপ (সংযোজনী-৬)- ৩ কপি। ১০. না-দাবী প্রত্যয়ন পত্র (সংযোজনী-৮)-১ কপি। | ১. এ কার্যালয়ের ওয়েব পোর্টাল: http://fpo.coxsbar.gov.bd/ ২. বাংলাদেশ ফরম পোর্টাল: http://www.forms.gov.bd/ ৩. সংশ্লিষ্ট অফিস ৪. ইউপি চেয়ারম্যান/মেয়র কর্তৃক প্রদত্ত সনদ। | ফি/ চার্জমুক্ত | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbar@dgif.gov.bd | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbar@dgif.gov.bd |
| ২. | পারিবারিক পেনশন (পেনশন মঞ্জুরের পূর্বেই মৃত্যুবরণ করলে) | ১০(দশ) কার্য দিবস | ১. পারিবারিক পেনশনের আবেদন ফরম ২.২ (সংযোজনী-৫)- ১কপি। ২. ননগেজেটেড কর্মচারীগণের ক্ষেত্রে সার্ভিসবুক/গেজেটেড কর্মচারীগণের ক্ষেত্রে সর্বশেষ ৩ বৎসরের চাকরির বিবরণী/এলপিসি-১কপি ৩. অবসর ও পিআরএল-এ গমনের মঞ্জুরি পত্র-১কপি ৪. প্রত্যাশিত শেষ বেতন পত্র/শেষ বেতনপত্র-১কপি ৫. সত্যায়িত ছবি (স্বামী/স্ত্রী/উত্তরাধিকারীগণের)-৪ কপি। ৬. জাতীয় পরিচয়পত্র/জন্ম নিবন্ধন (উত্তরাধিকারী/উত্তরাধিকারীগণ ১৮ বৎসরের নিচে হলে জন্ম সনদ এবং ১৮ বৎসরের উপরে হলে জাতীয় পরিচয়পত্র-১কপি ৭. উত্তরাধিকার সনদপত্র ও নন ম্যারিজ সার্টিফিকেট (সংযোজনী-৩) -৩ কপি। ৮. নমুনা স্বাক্ষর ও হাতের পাঁচ আঙ্গুলের ছাপ (সংযোজনী- ৬)-৩ কপি। ৯. অভিভাবক মনোনয়ন এবং অবসর ভাতা ও আনুতোষিক উত্তোলন করিবার ক্ষমতা অর্পণ সনদ (সংযোজনী-৭)-৩ কপি। ১০. চিকিৎসক/পৌরসভা/ইউনিয়ন পরিষদ চেয়ারম্যান/ কাউন্সিলর কর্তৃক প্রদত্ত মৃত্যু সনদপত্র-১কপি। ১১. না-দাবী প্রত্যয়নপত্র (সংযোজনী-৮)-১কপি। ১২. চাকরি স্থায়ীকরণের/নিয়মিতকরণের আদেশ (উন্নয়ন প্রকল্প | ১. অত্র কার্যালয়ে ওয়েব পোর্টাল: http://fpo.coxsbar.gov.bd/ ২. বাংলাদেশ ফরম পোর্টাল: http://www.forms.gov.bd/ ৩. সংশ্লিষ্ট অফিস ৪. চিকিৎসক/ ইউপি চেয়ারম্যান/মেয়র কর্তৃক প্রদত্ত সনদ। ৫. কর্মকর্তার উপস্থিতিতে আবেদনকারী কর্তৃক সম্পাদেয়। | ফি/ চার্জমুক্ত | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbar@dgif.gov.bd | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbar@dgif.gov.bd |

| | | | | | | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | <p>থেকে রাজস্ব খাতে স্থানান্তরিত, এডহকভিস্তিতে নিয়োগকৃতদের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)-১কপি</p> <p>১৩. প্রতিবন্ধী সন্তানের (যদি থাকে) নিবন্ধন, পরিচয়পত্র, মেডিকেল বোর্ডের সনদ-৩কপি</p> | | | | |
| ৩. | পারবারিক পেনশন (অবসরভাতা ভোগরত অবস্থায় পেনশনভোগীর মৃত্যু হলে) | ১০ (দশ) কার্য দিবস | <p>১. পেনশন আবেদন ফরম-২.২ (সংযোজনী-৫)-১কপি।</p> <p>২. সত্যায়িত ছবি (স্বামী/স্ত্রী/উত্তরাধিকারীগণের)-৪ কপি।</p> <p>৩. উত্তরাধিকার সনদপত্র ও নন ম্যারিজ সার্টিফিকেট (সংযোজনী-৩) -৩ কপি।</p> <p>৪. নমুনা স্বাক্ষর ও হাতের পাঁচ আঙ্গুলের ছাপ (সংযোজনী-৬)- ৩ কপি।</p> <p>৫. অভিভাবক মনোনয়ন এবং অবসর ভাতা ও আনুতোষিক উত্তোলন পরিবার ক্ষমতা অর্পণ সনদ (সংযোজনী-৭)-৩ কপি।</p> <p>৬. চিকিৎসক/পৌরসভা/ইউনিয়ন পরিষদ চেয়ারম্যান/ কাউন্সিলর কর্তৃক প্রদত্ত মৃত্যু সনদপত্র-১কপি।</p> <p>৭. অবসরভাতা মঞ্জুরিপত্র-১কপি</p> <p>৮. পিপিও এবং ডি-হাফ-১কপি।</p> <p>৯. প্রতিবন্ধী সন্তানের (যদি থাকে) নিবন্ধন, পরিচয়পত্র, মেডিকেল বোর্ডের সনদ-৩কপি</p> | <p>১. অত্র কার্যালয়ে ওয়েব পোর্টাল: http://fpo.coxsbar.gov.bd/</p> <p>২. বাংলাদেশ ফরম পোর্টাল: http://www.forms.gov.bd/</p> <p>৩. সংশ্লিষ্ট অফিস</p> <p>৪. চিকিৎসক/ ইউপি চেয়ারম্যান/মেয়র কর্তৃক প্রদত্ত সনদ।</p> <p>৫. কর্মকর্তার উপস্থিতিতে আবেদনকারী কর্তৃক সম্পাদ্যে।</p> | ফি/ চার্জমুক্ত | <p>উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার</p> <p>ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১</p> <p>E-mail: ddcoxsbar@dgif.gov.bd</p> | <p>উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার</p> <p>ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১</p> <p>E-mail: ddcoxsbar@dgif.gov.bd</p> |
| ৪. | যৌথবীমা / মাসিক কল্যাণ / দাফন/ অন্ত্যেষ্টিক্রিয়া অনুদানের আবেদন অগ্রায়ন | ০৭ (সাত) কার্য দিবস | <p>১. রাজস্বখাতের কর্মচারীর ক্ষেত্রে জাতীয় বেতনস্কেল ২০১৫ অনুযায়ী সর্বশেষ বেতন নির্ধারণ বিবরণী (Pay fixation) কপি এবং তালিকাভুক্ত স্বায়ত্তশাসিত প্রতিষ্ঠানের ক্ষেত্রে চাকরি বহির ৩য় পৃষ্ঠা/এস.এস.সি সনদ (অফিস কর্তৃপক্ষ কর্তৃক সত্যায়িত ফটোকপি);</p> <p>২. মৃত্যু সনদের ফটোকপি অফিস কর্তৃপক্ষ কর্তৃক সত্যায়িত (রেজিস্টার্ড চিকিৎসক/ স্থানীয় ইউনিয়ন পরিষদের চেয়ারম্যান/ওয়ার্ড কাউন্সিলর কর্তৃক প্রদত্ত);</p> <p>৩. ওয়ারিশান সনদ (স্বামী/স্ত্রী, মা-বাবা ও সন্তানদের বয়স, সম্পর্ক, পেশা, বৈবাহিক অবস্থা উল্লেখপূর্বক স্থানীয় ইউ.পি. চেয়ারম্যান/ওয়ার্ড কাউন্সিলর কর্তৃক প্রদত্ত এবং অফিস কর্তৃপক্ষ কর্তৃক প্রতীস্বাক্ষরিত);</p> <p>৪. ওয়ারিশগণ কর্তৃক আবেদনকারীকে প্রদত্ত ক্ষমতাপত্র (স্থানীয় ইউনিয়ন পরিষদের চেয়ারম্যান/ওয়ার্ড কাউন্সিলর কর্তৃক প্রদত্ত এবং অফিস কর্তৃক প্রতীস্বাক্ষরিত);</p> <p>৫. চাকরি হতে স্বেচ্ছায়/বাহ্যতামূলক/অক্ষমতাজনিত কারণে/স্বাভাবিক অবসরের ক্ষেত্রে অবসরের অফিস আদেশের ফটোকপি (অফিস কর্তৃপক্ষ কর্তৃক সত্যায়িত);</p> <p>৬. মুক্তিযোদ্ধা সনদের সত্যায়িত ফটোকপি (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)(অফিস কর্তৃপক্ষ কর্তৃক সত্যায়িত);</p> <p>৭. কর্মচারীর স্বামী বা স্ত্রী ব্যতীত পরিবারের অন্য সদস্যের মৃত্যুর ক্ষেত্রে দাফন/অন্ত্যেষ্টিক্রিয়া অনুদানের জন্য নির্ভরশীলতার সনদ (ইউ. পি. চেয়ারম্যান/ ওয়ার্ড কাউন্সিলর কর্তৃক প্রদত্ত এবং অফিস কর্তৃক প্রতীস্বাক্ষরিত);</p> | <p>১. বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ডের পোর্টাল: http://www.bkkb.gov.bd/</p> <p>২. অত্র কার্যালয়</p> <p>৩. http://www.forms.gov.bd/</p> | ফি/ চার্জমুক্ত | <p>উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার</p> <p>ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১</p> <p>E-mail: ddcoxsbar@dgif.gov.bd</p> | <p>উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার</p> <p>ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১</p> <p>E-mail: ddcoxsbar@dgif.gov.bd</p> |

| | | | | | | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | <p>৮. কর্মচারীর ও আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয়পত্রের ফটোকপি (অফিস কর্তৃপক্ষ কর্তৃক সত্যায়িত);</p> <p>৯. বেতন প্রদানের তারিখ উল্লেখপূর্বক শেষ বেতনের সনদ (এলপিসি), আয়ন-ব্যয়ন কর্মকর্তা কর্তৃক স্বাক্ষরিত এবং সংশ্লিষ্ট হিসাবরক্ষণ কর্মকর্তা (এজি) কর্তৃক প্রতिस্বাক্ষরিত;</p> <p>১০. স্ত্রীর ক্ষেত্রে পুনরায় বিবাহ না হওয়ার সনদ (বয়স ৫০ বছর পর্যন্ত) এবং কন্যা ও ভগ্নির ক্ষেত্রে অবিবাহিত সনদ (স্থানীয় ইউনিয়ন পরিষদের চেয়ারম্যান/ ওয়ার্ড কাউন্সিলর কর্তৃক প্রদত্ত এবং অফিস কর্তৃক প্রতিস্বাক্ষরিত);</p> <p>১১. স্বামী বা স্ত্রী ব্যতীত পরিবারের অন্য কোনো সদস্য আবেদনকারী হলে নির্ভরশীলতার সনদ (ইউ. পি. চেয়ারম্যান/ওয়ার্ড কাউন্সিলর কর্তৃক প্রদত্ত এবং অফিস কর্তৃক প্রতিস্বাক্ষরিত)(প্রযোজ্য ক্ষেত্রে);</p> <p>১২. কর্মচারীর মৃত্যুর পর আবেদন দাখিল করতে ৬ মাসের বেশি বিলম্ব হলে কর্তৃপক্ষের মাধ্যমে বিলম্বের ব্যাখ্যা প্রদান (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে);</p> <p>১৩. অনলাইনে পূরণকৃত আবেদন ফরমে কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর ও সীল, কর্মচারীর স্বাক্ষর, স্মারক নং ও তারিখ প্রদানপূর্বক ফরমের স্ক্যান কপি।</p> | | | | |
| ৫. | ১১-২০তম গ্রেডের কর্মচারীদের সাধারণ ভবিষ্য তহবিল হতে ১ম অগ্রিম মঞ্জুরি | ০৭ (সাত) কার্য দিবস | <p>১. নির্ধারিত ফরমে আবেদনপত্র</p> <p>২. জিপিএফ জমার হিসাব</p> | <p>১. আবেদনকারীর নিজ উদ্যোগে</p> <p>২. সংশ্লিষ্ট হিসাব রক্ষণ অফিস</p> | ফি/ চার্জমুক্ত | <p>উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা)</p> <p>জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার</p> <p>ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১</p> <p>E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd</p> | <p>উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা)</p> <p>জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার</p> <p>ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১</p> <p>E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd</p> |
| ৬. | কর্মকর্তা/কর্মচারীগণের অবসর/মৃত্যুজনিত জিপিএফ চূড়ান্ত মঞ্জুরির আবেদন অগ্রায়ণ | ০৭ (সাত) কার্য দিবস | <p>১. আবেদনপত্র (সাদা কাগজে)</p> <p>২. নির্ধারিত ফরমে আবেদন (ফরম ৬৬৩)</p> <p>৩. ৫ (পাঁচ) আঙ্গুলের ছাপ ও নমুনা স্বাক্ষর</p> <p>৪. জি. পি. ফান্ডের হিসাব প্রত্যয়নপত্র (একাউন্ট স্লিপ)</p> <p>৫. পি.আর.এল-এর আদেশ</p> <p>৬. না-দাবী সনদপত্র</p> | <p>সংশ্লিষ্ট অফিস</p> <p>সংশ্লিষ্ট উপজেলা/জেলা হিসাবরক্ষণ অফিস</p> <p>বাংলাদেশ ফরম পোর্টাল:</p> <p>http://www.forms.gov.bd/</p> | ফি/ চার্জমুক্ত | | |
| ৭. | ১৫-২০তম গ্রেডের কর্মচারীগণের চাকরি স্থায়ীকরণ | ০৭ (সাত) কার্য দিবস | <p>১. কর্মচারীর সাদা কাগজে আবেদন</p> <p>২. পুলিশ ভেরিফিকেশন প্রত্যয়ন</p> <p>৩. বার্ষিক গোপনীয় অনুবেদন</p> <p>৪. সার্ভিস বুক</p> | <p>১. সংশ্লিষ্ট অফিস</p> <p>২. আবেদনকারীর নিজ উদ্যোগে</p> | ফি/ চার্জমুক্ত | | |
| ৮. | ১১-২০তম গ্রেডের কর্মচারীদের পি আর এল, অজিত ছুটি, শ্রান্তি বিনোদন ছুটি, প্রসূতি ছুটি মঞ্জুরি | ০৭ (সাত) কার্য দিবস | <p>১. পি আর এল –সাদা কাগজে আবেদন ও চাকুরী বহি</p> <p>২. অজিত, শ্রান্তি বিনোদন ছুটি নির্ধারিত ফরম নং ৪০ এ আবেদন এবং চাকুরী বহি</p> <p>৩. প্রসূতি ছুটি-সাদা কাগজে আবেদন ও ডাক্তারী সনদপত্র</p> | <p>১. সংশ্লিষ্ট অফিস</p> <p>২. আবেদনকারীর নিজ উদ্যোগে/সংশ্লিষ্ট চিকিৎসক</p> | ফি/ চার্জমুক্ত | <p>উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা)</p> <p>জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার</p> <p>ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১</p> <p>E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd</p> | <p>উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা)</p> <p>জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার</p> <p>ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১</p> <p>E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd</p> |

| | | | | | | | |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ৯. | ১১-২০তম গ্রেডের কর্মচারীদের উচ্চ শিক্ষার অনুমতির আবেদন অগ্রায়ণ | ০৭ (সাত) কার্য দিবস | ১. সাদা কাগজে আবেদন | ১. আবেদনকারীর নিজ উদ্যোগে সংগ্রহ | ফি/ চার্জমুক্ত | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd |
| ১০. | ১১-২০তম গ্রেডের কর্মচারীদের গৃহ নির্মাণ, মেরামত ও মোটরসাইকেল অগ্রিম ঋণ মঞ্জুর | ০৭ (সাত) কার্য দিবস | ১. সাদা কাগজে আবেদন ২. কর্মকর্তা কর্তৃক প্রতিশ্রুতি ও জামিননামা ৩. ৩০০/-টাকার ননজুডিশিয়াল স্ট্যাম্পে চুক্তিনামা | ১. সংশ্লিষ্ট অফিস ২. সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তা ৩. যেকোন স্ট্যাম্প ভেস্তার | ফি/ চার্জমুক্ত | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd |
| ১১. | ১১-২০তম গ্রেডের কর্মচারীদের চাকুরী স্থায়ীকরণ | ০৭ (সাত) কার্য দিবস | ১. সাদা কাগজে আবেদন ২. সার্ভিস বহি ৩. নিয়োগ পত্র ৪. যোগদান পত্র | ১. আবেদনকারীর নিজ উদ্যোগে ২. সংশ্লিষ্ট অফিস/ শাখা ৩. আবেদনকারীর নিজ উদ্যোগে ৪. আবেদনকারীর নিজ উদ্যোগে | ফি/ চার্জমুক্ত | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd |
| ১২. | সরকারি কর্মচারী চাকরিরত মৃত্যু/স্থায়ী অক্ষমতাজনিত কারণে অনুদানের আবেদন অগ্রায়ণ | ০৭ (সাত) কার্য দিবস | সংশ্লিষ্ট নিয়ন্ত্রণকারী কর্মকর্তার মাধ্যমে নির্ধারিত ফরমে আবেদন। | বাংলাদেশ ফরম পোর্টাল http://www.forms.gov.bd অথবা অত্র কার্যালয়। | ফি/ চার্জমুক্ত | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd |
| ১৩. | উপজেলা পরিবার পরিকল্পনা কর্মকর্তা/ মেডিকেল অফিসার(এমসিএইচ-এফপি)/(ক্লিনিক) এর অগ্রিম ভ্রমণসূচি অনুমোদন এবং ভ্রমণ বিলে প্রতিস্বাক্ষর প্রদান | ০৩ (তিন) কার্য দিবস | ১. নির্ধারিত ফরম্যাটে ভ্রমণসূচি এবং টিআর ফরমে স্বাক্ষরিত বিল। ২. অনুমোদিত ভ্রমণসূচি। ৩. ভ্রমণ বিবরণী | সংশ্লিষ্ট কার্যালয় https://ibas.finance.gov.bd/ibas২/ | ফি/ চার্জমুক্ত | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd |
| ১৪. | পিআরএল মঞ্জুরি (১৫-২০তম গ্রেডের কর্মচারী) | ১০ (দশ) কার্য দিবস | ১. আবেদন পত্র-১কপি। ২. ছুটি প্রাপ্যতার সনদপত্র-১কপি। ৩. এসএসসি সনদের সত্যায়িত ছায়ািলপি-১ কপি ৪. চাকরি বহির ১-৫ পাতার সত্যায়িত ছায়ািলপি-১কপি। ৫. প্রথম নিয়োগপত্র-১কপি। ৬. ইএলপিসি স্থানীয় হিসাব রক্ষণ কর্মকর্তা কর্তৃক প্রতিস্বাক্ষরিত ৭. চাকুরীতে যোগদানকালে পদটি রাজস্বখাত ছিল কিনা-১কপি। ৮. পদটি রাজস্বখাতে স্থানান্তরিত/অন্তর্ভুক্তের তারিখ-১কপি। ৯. চাকরি নিয়মিতকরণ আদেশ-১কপি। ১০. চাকরিতে পদোন্নতি প্রাপ্ত হলে পদোন্নতির সকল আদেশের কপি (সকল পদবি উল্লেখপূর্বক)-১কপি। ১১. মূল সনদের সত্যায়িত ফটোকপি (মুক্তিযোদ্ধাদের ক্ষেত্রে)-১কপি। চাকুরে মৃত্যুর ক্ষেত্রে অতিরিক্ত দেয় কাগজ: ১. ইউপি চেয়ারম্যান/মেয়র/ কাউন্সিলর কর্তৃক প্রদত্ত মৃত্যু সনদ-১কপি। ২. উত্তরাধিকার সনদপত্র(ইউপি চেয়ারম্যান/মেয়র/ কাউন্সিলর | সংশ্লিষ্ট কার্যালয় | ফি/চার্জমুক্ত | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd |

| | | | | | | | |
|-----|------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | কর্তৃক প্রদত্ত)-১কপি। ৩. উত্তরাধিকারীগণ কর্তৃক ক্ষমতা অর্পণপত্র-১কপি। ৪. নাবালক ওয়ারিশের অভিভাবক সনদপত্র-১কপি। | | | | |
| ১৫. | বদলি (১১-২০ তম গ্রেডের কর্মচারী) | ১ (মাস) | ১. স্বেচ্ছায় বদলির ক্ষেত্রে যথাযথ কর্তৃপক্ষের মাধ্যমে স্ব-বিগ্লেষিত আবেদন। | ১. নিজ উদ্যোগে আবেদন। ২. সংশ্লিষ্ট কার্যালয় | ফি/চার্জমুক্ত | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd |
| ১৬. | বদলি (গেজেটেড কর্মকর্তাদের বদলি/সংযুক্তি/প্রেষণ) আবেদন অগ্রায়ণ। | ৭ (সাত) কার্য দিবস | ১. সাদা কাগজ/ নির্ধারিত ফরমে আবেদন। | নিজ উদ্যোগে। | ফি/চার্জমুক্ত | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd |
| ১৭. | অভিযোগ নিষ্পত্তি | ১ (এক) মাস | ১. সংযোজনী 'খ১-': অভিযোগ দাখিল ফরম ২. সংযোজনী 'খ২-': আপিল ফরম ৩. সংযোজনী 'খ৩-': অভিযোগ ব্যবস্থাপনা সেলে অভিযোগ দাখিল ফরম ৪. সংযোজনী 'খ৪-': অভিযোগ ব্যবস্থাপনা সেলে আপিল ফরম | ১. http://www.forms.gov.bd ২. http://www.grs.gov.bd/ ৩. http://nothi.gov.bd/ | ফি/চার্জমুক্ত | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd |
| ১৮. | ব্যবহার অযোগ্য দ্রব্যাদি ধ্বংসকরণ | ৭ (সাত) কার্যদিবস | সাদা কাগজে আবেদন | সংশ্লিষ্ট কার্যালয়ের নিজ উদ্যোগে আবেদন। | ফি/চার্জমুক্ত | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd | উপপরিচালক (পরিবার পরিকল্পনা) জেলা পরিবার পরিকল্পনা কার্যালয়, কক্সবাজার ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ E-mail: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd |

৩) আওতাধীন অন্যান্য প্রতিষ্ঠান কর্তৃক প্রদত্ত সেবা।

আওতাধীন অন্যান্য অফিসসমূহের সিটিজেন্স চার্টার লিঙ্ক আকারে যুক্ত করা হবে।

৪) আপনার কাছে আমাদের প্রত্যাশা

| ক্রমিক | প্রতিশ্রুত/কার্জিত সেবা প্রাপ্তির লক্ষ্যে করণীয় |
|--------|---------------------------------------------------------|
| ১ | স্বয়ংসম্পূর্ণ আবেদন জমা প্রদান |
| ২ | যথাযথ প্রক্রিয়ায় প্রয়োজনীয় ফিস পরিশোধ করা |
| ৩ | স্বাক্ষাতের জন্য নির্ধারিত সময়ের পূর্বেই উপস্থিত থাকা। |
| ৪ | |
| ৫ | |

৫) অভিযোগ প্রতিকার ব্যবস্থাপনা (GRS)

সেবা প্রাপ্তিতে অসন্তুষ্ট হলে দায়িত্বপ্রাপ্ত কর্মকর্তার সঙ্গে যোগাযোগ করুন। তার কাছ থেকে সমাধান পাওয়া না গেলে নিম্নোক্ত পদ্ধতিতে যোগাযোগ করে আপনার সমস্যা অবহিত করুন।

| ক্রমিক | কখন যোগাযোগ করবেন | কার সঙ্গে যোগাযোগ করবেন | যোগাযোগের ঠিকানা | নিষ্পত্তির সময়সীমা |
|--------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| ১ | দায়িত্বপ্রাপ্ত কর্মকর্তা সমাধান দিতে ব্যর্থ হলে | অভিযোগ নিষ্পত্তি কর্মকর্তা (অনিক) | নাম ও পদবি: উপপরিচালক (প:প:) ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ ইমেইল: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd ওয়েব: http://fpo.coxsbazar.gov.bd/ | ৩০ কার্যদিবস |
| ২ | অভিযোগ নিষ্পত্তি কর্মকর্তা নির্দিষ্ট সময়ে সমাধান দিতে ব্যর্থ হলে | আপিল কর্মকর্তা | নাম ও পদবি: উপপরিচালক (প:প:) ফোন: ০২৩৩৪৪৬২৩৯১ ইমেইল: ddcoxsbazar@dgfp.gov.bd ওয়েব: http://fpo.coxsbazar.gov.bd/ | ৩০ কার্যদিবস |
| ৩ | আপিল কর্মকর্তা নির্দিষ্ট সময়ে সমাধান দিতে ব্যর্থ হলে | মন্ত্রিপরিষদ বিভাগের অভিযোগ ব্যবস্থাপনা সেল | মন্ত্রিপরিষদ বিভাগ | ৬০ কার্যদিবস |