

উপমহাব্যবস্থাপক

কর্মী কল্যান ও পরিবহন বিভাগ

বাংলাদেশ কৃষি ব্যাংক, প্রধান কার্যালয়, ঢাকা।

মাধ্যমঃ যথাযথ কর্তৃপক্ষ

বিষয়ঃ বিকেবি কর্মী স্বাস্থ্য সেবা/কল্যান নীতিমালা-২০১৪ এর আলোকে চিকিৎসা অনুদান প্রাপ্তির আবেদন প্রেরণ প্রসঙ্গে।

মহোদয়

আমি বাংলাদেশ কৃষি ব্যাংকে কর্মরত/পিআরএল ভোগরত বিধায় ব্যাংক প্রবর্তিত কর্মী স্বাস্থ্য সেবা/কল্যান নীতিমালা-২০১৪ অনুযায়ী আমার/আমার পরিবারের পোষ্যের চিকিৎসা ব্যয়ের বিপরীতে চিকিৎসা অনুদান মঞ্জুরী বিবেচনার জন্য নিম্নোক্ত তথ্যাদি পেশ করলামঃ-

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------|
| ০১। কর্মকর্তা/কর্মচারীর নাম, সূচক নম্বর | : | |
| ০২। পদবী | : | |
| ০৩। পিতার নাম | : | |
| ০৪। জন্ম তারিখ | : | |
| ০৫। চাকুরীতে যোগদানের তারিখ | : | |
| ০৬। পিআরএল গমনের তারিখ | : | |
| ০৭। বর্তমান কর্মস্থল | : | |
| ০৮। সঞ্চয়ী হিসাব নম্বর | : | |
| ০৯। স্থায়ী ঠিকানা | : | |
| ১০। রোগ/ চিকিৎসার বিবরণ | : | |
| ১১। (ক) চিকিৎসাপ্রাপ্ত ব্যাংক কর্মী বা পরিবারের সদস্যের নামসহ সম্পর্ক | : | |
| (খ) চিকিৎসাপ্রাপ্ত ব্যক্তি পরিবারের পোষ্য হলে তিনি সংশ্লিষ্ট কর্মীর উপর সম্পূর্ণ নির্ভরশীল ও একত্রে বসবাস করেন কিনা | : | |
| ১২। প্রার্থিত চিকিৎসা ব্যয়ের মোট পরিমাণ (প্রমানক সংযুক্ত) | : | |
| ক) ডাক্তারের বিল | : | টাকা |
| খ) হাসপাতালের বিল | : | টাকা |
| গ) পরীক্ষা নিরীক্ষার বিল | : | টাকা |
| ঘ) ঔষধের বিল | : | টাকা |
| ঙ) মোট | : | টাকা |
| ১৩। পূর্বে গৃহীত অনুদানের বিবরণ | : | |
| ক) অনুদান মঞ্জুরীর পরিমাণ | : | |
| খ) মঞ্জুরীর তারিখ | : | |
| গ) রোগের বিবরণ | : | |
| ১৪। আবেদনপত্রে প্রদত্ত তথ্যের সঠিকতা সম্পর্কে কর্মকর্তা/কর্মচারীর ঘোষণাঃ | | |
| আমি এ মর্মে ঘোষণা করছি যে, উপরে বর্ণিত তথ্যাদি সঠিক আছে এবং জ্ঞানত কোন তথ্য গোপন করিনি। বাস্তব তথ্য গোপন করে অথবা ব্যাংকের বিধিবিধানের ব্যত্যয় করে এতদসংক্রান্ত আর্থিক সুবিধা গ্রহণ করা হলে আমি গৃহীত সমুদয় টাকা ফেরত প্রদানে বাধ্য থাকিব এবং ব্যাংক এ বিষয়ে যেকোন ব্যবস্থা গ্রহণ করিতে পারবে। | | |
| কর্মকর্তা/কর্মচারীর স্বাক্ষর তারিখ ও সীল | | |
| ১৫। সংযোজিত কাগজপত্রের বিবরণ (দ্রষ্টব্য)ঃ | | |
| ১৬। (ক) শাখা ব্যবস্থাপক/কার্যালয় প্রধানের প্রত্যয়ণ ও সুপারিশঃ | | |
| জনাব..... পদবী..... ভতঃসূচক নং..... এর..... রোগের চিকিৎসা অনুদান হিসেবে..... টাকা মঞ্জুরীর পক্ষে সুপারিশ করা হলো। তাছাড়া পরিবারের পোষ্য সংশ্লিষ্ট কর্মীর উপর সম্পূর্ণ নির্ভরশীল হয়ে একত্রে বসবাস করছে এবং উল্লেখিত কর্মকর্তা/কর্মচারীর আবেদনে পেশকৃত তথ্যাবলী সঠিক আছে। | | |
| ব্যবস্থাপক/কার্যালয় প্রধানের স্বাক্ষর তারিখ ও সীল | | |
| (খ) নিয়ন্ত্রনকারী কর্মকর্তার প্রত্যয়ন ও সুপারিশঃ- | | |
| উপরোক্ত সুপারিশের সাথে একমত পোষন করে টাকা মঞ্জুরের জন্য সুপারিশ করা হলো (একমত পোষন না করলে কারনসহ সুনির্দিষ্ট মতামত পেশ করতে হবে)। | | |
| নিয়ন্ত্রনকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষর তারিখ ও সীল | | |

দ্রষ্টব্যঃ

- ক) সিজারিয়ান অপারেশনের মাধ্যমে সন্তান জন্ম গ্রহণের ক্ষেত্রে গাইনি চিকিৎসকের ব্যবস্থাপত্র, আন্টোসনোগ্রাফি রিপোর্ট, সরকারি/সরকার অনুমোদিত প্রাইভেট ক্লিনিকের সার্জনের নামের সীলমোহর ও রেজিস্ট্রেশন নম্বর উল্লেখসহ অপারেশন নোট এবং ভর্তি ছাড়পত্র।
- খ) সকল প্রকার খরচের পাকা ভাউচার, ক্যাশ মেমো, হাসপাতাল বিল ইত্যাদি (মানি রিসিপ্টকে ভাউচার হিসেবে গন্য করা হবে না)।
- গ) আবেদনপত্রে কততম সন্তানের জন্য চিকিৎসা অনুদান গ্রহণ করা হচ্ছে- তা উল্লেখসহ পূর্বে গৃহীত চিকিৎসা অনুদানের বিষয় উল্লেখ করতে হবে (দুই সন্তানের অধিক সিজারিয়ান অপারেশনের অনুদান প্রদানযোগ্য নয়)।
- ঘ) হার্টের রোগের জন্য ইসিজি, এনজিওগ্রাম, স্ট্রোকের জন্য এমআরআই রিপোর্ট, সিটিস্ক্যান, দুর্ঘটনার হাত-পা ডাক্তার ক্ষেত্রে এক্স-রে রিপোর্ট, কিডনী পাথর, পিণ্ডথলির পাথর, হার্নিয়া প্রভৃতি রোগের জন্য আন্টোসনোগ্রাফি রিপোর্টসহ সকল প্রয়োজনীয় কাগজপত্র। (সঠিক ও মূল প্রমানক কাগজপত্র/ভাউচার ব্যতিত প্রাপ্ত অসম্পূর্ণ আবেদন পত্রসমূহ বাতিল বলে বিবেচিত হবে)।
- ঙ) সকল আবেদনপত্র নিয়ন্ত্রনকারী কার্যালয়ের মাধ্যমে প্রেরণ করতে হবে।