জেলার নাম-.....ফরম নং.....

**নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী সুরক্ষা ট্রাস্ট হতে স্নায়ুবিক প্রতিবন্ধী ব্যক্তি/শিশুদের চিকিৎসা সহায়তা হিসেবে আর্থিক অনুদান প্রাপ্তির আবেদন**

(আবেদনকারী নিজে অথবা পক্ষে অভিভাবকগণ আবেদন করতে পারবেন)

বরাবর,

ব্যবস্থাপনা পরিচালক

নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী সুরক্ষা ট্রাস্ট

পদ্মা লাইফ টাওয়ার (১৪তলা), বাংলামোটর, ঢাকা।

| প্রতিবন্ধী ব্যক্তির পাসপোর্ট সাইজের সত্যায়িত ছবি। | আবেদনকারীর পাসপোর্ট সাইজের সত্যায়িত ছবি। |
|---|---|

**বিষয় ঃ চিকিৎসা সহায়তা হিসেবে ২০২০-২১ অর্থ বছরে আর্থিক অনুদান প্রাপ্তির আবেদন।**

মহোদয়,

আমি একজন নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী ব্যক্তি স্বয়ং/ পিতা/ মাতা/ব্যক্তির বৈধ অভিভাবক চিকিৎসা সহায়তা হিসেবে আর্থিক অনুদান প্রাপ্তির জন্য নিম্নোক্ত তথ্যাদি পেশ করছিঃ

**১) নাম (প্রতিবন্ধী ব্যক্তির পরিচয়পত্র অনুসারে)ঃ** .....

**২) আইডি নম্বর (প্রতিবন্ধী ব্যক্তির পরিচয়পত্র অনুসারে)ঃ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**৩) প্রতিবন্ধী ব্যক্তির বয়সঃ** বৎসর [ ] মাস [ ] দিন [ ]

**৪) পিতা/স্বামীর নামঃ** .....

**৫) মাতার নামঃ** .....

**৬) বৈধ অভিভাবকের নামঃ (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)** .....

**৭) (ক) বর্তমান ঠিকানাঃ**

গ্রাম/রাস্তা/বাড়ীঃ .....
ওয়ার্ডঃ .....
ইউনিয়নঃ .....
ডাকঘরঃ .....
উপজেলাঃ .....
জেলাঃ .....

**(খ) স্থায়ী ঠিকানাঃ**

গ্রাম/রাস্তা/বাড়ীঃ .....
ওয়ার্ডঃ .....
ইউনিয়নঃ .....
ডাকঘরঃ .....
উপজেলাঃ .....
জেলাঃ .....

**৮) অভিভাবকের বার্ষিক গড় আয়ঃ** ..... (স্থানীয় জনপ্রতিনিধি/১ম শ্রেণীর সরকারী কর্মকর্তা কর্তৃক প্রত্যয়ণকৃত)

**৯) প্রতিবন্ধিতার ধরণ ☑ টিক দিন ঃ (পরিচয়পত্র অনুসারে)** ☐ অটিজম ☐ ডাউনসিড্রোম ☐ সেরিব্রাল পালসি ☐বুদ্ধি প্রতিবন্ধী

**১০) ব্যয় এবং চিকিৎসার সমর্থনে চিকিৎসকের প্রত্যয়নপত্র ঃ** (অবশ্যই সংযুক্ত করতে হবে)

**১১) অনুদানের অর্থ 'নগদ' এ্যাপ এ অথবা বিকাশ এ প্রেরণের জন্য মোবাইল নাম্বারঃ** [ ]

**১২) অনুদানের অর্থ প্রেরণের জন্য ব্যাংক হিসাবঃ**

**হিসাবের নামঃ** [ ] **হিসাবের নম্বরঃ** [ ]

উপর্যুক্ত তথ্যাদি সঠিক, সত্য মর্মে অঙ্গীকার করছি। অন্যথায় কর্তৃপক্ষ আবেদন বাতিল করতে পারবেন।

পিতা/মাতা/বৈধ অভিভাবকের স্বাক্ষর/টিপসহি
তারিখঃ

প্রতিবন্ধী ব্যক্তির নাম ও স্বাক্ষর/টিপসহি
তারিখঃ

---

জেলা অফিস কর্তৃক পূরণীয়

জেলার নাম-.....ফরম নং.....

ক) আবেদনকারী এনডিডি ব্যক্তি হিসেবে এককালীন আর্থিক অনুদান পাওয়ার যোগ্য/ যোগ্য নয় ( **☑ টিক দিন অথবা নিচে লিখুন)**

উপপরিচালক, জেলা সমাজসেবা কার্যালয়
ও সদস্য সচিব, এনডিডি সুরক্ষা ট্রাস্ট বিষয়ক জেলা কমিটি
(স্বাক্ষর ও সিল)

জেলা প্রশাসক
ও সভাপতি, এনডিডি সুরক্ষা ট্রাস্ট বিষয়ক জেলা কমিটি
(স্বাক্ষর ও সিল)

এনডিডি সুরক্ষা ট্রাস্ট কর্তৃক পূরণীয়

খ) আবেদনকারীকে ..... টাকা প্রদানের অনুমোদন প্রদান করা হলো।

গ) চেক নং ..... তারিখ ...../ নগদ এ্যাপ অথবা বিকাশ এ্যাপ এ প্রেরণের তারিখ.....

কাউন্টার/ রেফারেন্স নং..... ফোন নং..... মারফত প্রেরণ করা হলো।

ব্যবস্থাপনা পরিচালক
নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী সুরক্ষা ট্রাস্ট

চেয়ারপার্সন
নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী সুরক্ষা ট্রাস্ট