

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 দৃষ্টব্য)

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

সদস্যগুসচিব, ভর্তি কমিটি
ও

তত্ত্বাবধায়ক/উপ-তত্ত্বাবধায়ক
সরকারি শিশু পরিবার।

সভাপতি
ভর্তি কমিটি।

অভিভাবকের ছবি
২ কপি

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
সমাজসেবা অধিদফতর
দুঃস্থ শিশু প্রশিক্ষণ ও পুনর্বাসন কেন্দ্র
কোনাবাড়ী, গাজীপুর।

নিবাসীর ছবি
২ কপি

নিবাসী ভর্তির আবেদন ফরম

১. দুঃস্থের নাম :.....
২. পিতার নাম :.....
৩. মাতার নাম :.....
৪. জন্ম তারিখ :.....
৫. ঠিকানা (স্থায়ী) : গ্রাম :..... ডাকঘর :
থানা :..... জেলা :
৬. ঠিকানা (বর্তমান) : গ্রাম :..... ডাকঘর :
থানা :..... জেলা :
৭. পিতা/মাতৃহীন :
৮. পিতা/মাতার মৃত্যুর কারণ :
৯. টৈত্রিক সম্পত্তি আছে কি ? :
১০. দুঃস্থের চরিত্র কেমন :
১১. দুঃস্থের কোন মারাত্মক অথবা ছোঁয়াচে রোগ আছে কিগুনা ? (রোগ থাকলে বিস্তারিত বিবরণ) :
.....
.....
১২. দুঃস্থটি কোন ব্যক্তি বা সংস্থার তত্ত্বাবধানে আছে/ছিল কিনা ? (থাকলে বিস্তারিত বিবরণ) :
.....
.....
১৩. অভিভাবকের বর্তমান ঠিকানা : গ্রাম :..... ডাকঘর :

থানা :..... জেলা :

১৪. অভিভাবকের সাথে সম্পর্ক :

১৫. দুঃস্থের কোন সহোদর ভাই ইতিপূর্বে অত্র কেন্দ্রে ভর্তি আছে কি ? (থাকলে তাহার বিস্তারিত বিবরণ) :

.....

.....

আবেদনকারীর নাম ও স্বাক্ষর

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

.....

চেয়ারম্যান/ওয়ার্ড কমিশনারের
স্বাক্ষর ও সীল।

১৭। দরখাস্তে উল্লেখিত শিশুটি সরকারি খরচে লালিত পালিত হওয়ার উপযোগী কিনা এই মর্মে সমাজসেবা কর্মকর্তার মন্তব্য :

.....

.....

সমাজসেবা কর্মকর্তা স্বাক্ষর ও সীল।

১৯। ভর্তি কমিটির মন্তব্য : (ভর্তি করা হইল/ভর্তির জন্য বিবেচিত হইবে/ভর্তির যোগ্য নয়)

ভর্তি কমিটির সভাপতির স্বাক্ষর।