ফরম নং-এন.ডি.ডি.পি.টি. .....

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 ২০২১-২২ 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 করছি:

১) নাম (প্রতিবন্ধী ব্যক্তির পরিচয়পত্র অনুসারে): ----------

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

৩) প্রতিবন্ধী ব্যক্তির বয়স: বৎসর [ ] মাস [ ] দিন [ ]

৪) পিতা/স্বামীর নাম: ---------- **৫) মাতার নাম:** ----------

৬) বৈধ অভিভাবকের নাম: (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) ----------

৭) (ক) বর্তমান ঠিকানা:
গ্রাম/রাস্তা/বাড়ী: ----------
ওয়ার্ড: ----------
ইউনিয়ন: ----------
ডাকঘর: ----------
উপজেলা: ----------
জেলা: ----------

(খ) স্থায়ী ঠিকানা:
গ্রাম/রাস্তা/বাড়ী: ----------
ওয়ার্ড: ----------
ইউনিয়ন: ----------
ডাকঘর: ----------
উপজেলা: ----------
জেলা: ----------

৮) অভিভাবকের বার্ষিক গড় আয়: ---------- (স্থানীয় জনপ্রতিনিধি/১ম শ্রেণীর সরকারী কর্মকর্তা কর্তৃক প্রত্যয়ণকৃত)

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

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

১১) প্রতিবন্ধী ব্যক্তি সূবর্ণ নাগরিক পরিচয়পত্রের কপি: (অবশ্যই সংযুক্ত করতে হবে)

১২) অনুদানের অর্থ 'নগদ' এ্যাপ এ অথবা বিকাশ এ প্রেরণের জন্য মোবাইল নাম্বার: বিকাশ: [ ]
নগদ: [ ]

১৩) চেকের মাধ্যমে অনুদানের অর্থ প্রেরণের জন্য ব্যাংক হিসাবের নামঃ (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) [ ]

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

অফিস কর্তৃক পূরণীয়

ফরম নং-এন.ডি.ডি.পি.টি. .....

ক) আবেদনকারীকে ---------- টাকা প্রদানের অনুমোদন প্রদান করা হলো।

খ) 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