



বাংলাদেশ কৃষি ব্যাংক

প্রধান কার্যালয়

৮৩-৮৫, মতিঝিল বাণিজ্যিক এলাকা, ঢাকা-১০০০।

কর্মী কল্যাণ ও পরিবহণ বিভাগ।

অফিস ফোন : +৮৮-০২-২২৩৩৮৩৫৩৫

+৮৮-০২-২২৩৩৮৮৬০৮

০২২২৩৩৮০০২১-২৫, Ex-২৫৫৯, ২২৬৪

e-mail: dgmewt@krishibank.org.bd

নং-প্রকা/ককপবি/মৃত্যু পরবর্তী এবং চিকিৎসা অনুদান-০১/২০২৪-২০২৫/২৮

তারিখ : ১৪.০৭.২০২৪ খ্রিঃ

- ১। সকল মহাব্যবস্থাপক, বিভাগীয় কার্যালয়।
- ২। মহাব্যবস্থাপক, স্থানীয় মুখ্য কার্যালয়, ঢাকা।
- ৩। সকল বিভাগীয় নিরীক্ষা কর্মকর্তা/উপমহাব্যবস্থাপক কর্পোরেট শাখা।
- ৪। সকল মুখ্য আঞ্চলিক/আঞ্চলিক ব্যবস্থাপক।
- ৫। সকল আঞ্চলিক নিরীক্ষা কর্মকর্তা।
- ৬। সকল শাখা ব্যবস্থাপক, বাংলাদেশ কৃষি ব্যাংক।

বিষয়ঃ বাংলাদেশ কৃষি ব্যাংকের কর্মকর্তা/কর্মচারীদের মৃত্যু পরবর্তী অনুদান এবং কর্মী স্বাস্থ্য সেবা/কল্যাণ নীতিমালা-২০১৪ মোতাবেক চিকিৎসা অনুদান স্বল্প সময়ে প্রাপ্তির জন্য প্রয়োজনীয় ডকুমেন্টস প্রেরণ প্রসঙ্গে।

বাংলাদেশ কৃষি ব্যাংকের কর্মকর্তা/কর্মচারীদের মৃত্যু পরবর্তী অনুদান প্রকল্পের অনুদান প্রদানের জন্য জারীকৃত ২১.০৮.২০১৭ খ্রিস্টাব্দের প্রশাসন পরিপত্র নং ১৭/১৭ এবং ০৩.০৩.২০২০ খ্রিস্টাব্দের প্রকা/ককপবি-১৯/২০১৯-২০২০/৯৪৫ এর প্রতি সদয় দৃষ্টি আকর্ষণ করা যাচ্ছে।

০২। কর্মকর্তা/কর্মচারীদের মৃত্যু পরবর্তী অনুদান প্রকল্পের অনুদান সঠিকভাবে এবং স্বল্প সময়ে প্রাপ্তির জন্য নিম্নোক্ত ডকুমেন্টস সংশ্লিষ্ট কার্যালয়ের মাধ্যমে কর্মী কল্যাণ ও পরিবহণ বিভাগ, প্রকায় প্রেরণের জন্য অনুরোধ করা হলো।

- (ক) আবেদনকারীর আবেদন (“ফরম-১” অনুযায়ী) পূরণ করতে হবে।
- (খ) ওয়ার্ড কমিশনার/ইউনিয়ন পরিষদ চেয়ারম্যান কর্তৃক অনলাইন মৃত্যু সনদ (সত্যায়িত)।
- (গ) অনুমোদিত ডাক্তার/হাসপাতাল কর্তৃপক্ষের নিকট হতে মৃত্যুর সনদপত্র অর্থাৎ ডেথ সার্টিফিকেট(সত্যায়িত)।
- (ঘ) মৃত্যু পরবর্তী অনুদান প্রাপ্তির জন্য কর্মকর্তা/কর্মচারী কর্তৃক মনোনয়ন পত্রের মূলকপি কর্মী কল্যাণ ও পরিবহণ বিভাগ, প্রকায় প্রেরণ করতে হবে। মনোনয়ন পত্রের মূলকপি কোন কার্যালয়ে (বিভাগীয় কার্যালয়/ এইচআরএমডি/পেনশন ও আনুভৌমিক বিভাগ) সংরক্ষিত আছে তা সর্বশেষ কর্মস্থল হতে চিঠির মাধ্যমে কর্মী কল্যাণ ও পরিবহণ বিভাগ, প্রকাকে জানাতে হবে। কর্মকর্তা/কর্মচারী কর্তৃক মনোনয়নপত্র না থাকলে আদালতের মাধ্যমে অবশ্যই সাকসেশন সার্টিফিকেট এর মূল কপি কর্মী কল্যাণ ও পরিবহণ বিভাগ, প্রকায় প্রেরণ করতে হবে।
উল্লেখ্য সাকসেশন সার্টিফিকেট এর ফটোকপি অগ্রহণযোগ্য।
- (ঙ) দায়দেনা কর্তনের ক্ষমতাপত্র (“ফরম-২” অনুযায়ী)।
- (চ) ওয়ার্ড কমিশনার/ইউনিয়ন পরিষদ চেয়ারম্যান কর্তৃক উত্তরাধিকার সনদ ও মৃত কর্মকর্তা/কর্মচারীসহ উত্তরাধিকারীগণের জাতীয় পরিচয়পত্র (সত্যায়িত)।
- (ছ) আসল সুদের ব্রেকআপসহ হাল নাগাদ দায়দেনার প্রত্যয়নপত্র (সত্যায়িত)।
- (জ) সর্বশেষ কর্মস্থল হতে অফিস আদেশ (সত্যায়িত)।
- (ঝ) Last Salary Certificate(LPC) অর্থাৎ সর্বশেষ বেতনের প্রত্যয়নপত্র (সত্যায়িত)।
- (ঞ) সর্বশেষ ০৩(তিন) বছরের কর্মস্থলের বিবরণী (সত্যায়িত)।
- (ট) ব্যাংকের মরহুম কর্মকর্তা/কর্মচারীর স্বামী অথবা স্ত্রী দ্বিতীয় বিবাহ করে নাই এই মর্মের প্রত্যয়নপত্রটি চেয়ারম্যান/কমিশনার হতে আনতে হবে। উক্ত প্রত্যয়নপত্রটি অবশ্যই সর্বশেষ কর্মস্থল অর্থাৎ মৃত্যুকালীন কর্মস্থল হতে সত্যায়িত করে প্রেরণ করতে হবে।
- (ঠ) ষাণ্মাসিক রিপোর্ট “ফরম-৩” অনুযায়ী নিম্নোক্ত নিয়ন্ত্রনকারী কর্তৃপক্ষ হতে নিম্নোক্তভাবে কর্মী কল্যাণ ও পরিবহণ বিভাগ, প্রকায় প্রেরণ করতে হবে।
 - (I) শাখায় কর্মরতদের জন্য রিপোর্টটি মুখ্য আঞ্চলিক কার্যালয়/আঞ্চলিক কার্যালয় হতে প্রেরণ করতে হবে।
 - (II) মুখ্য আঞ্চলিক কার্যালয়/আঞ্চলিক কার্যালয়/কর্পোরেট শাখায় কর্মরতদের জন্য রিপোর্টটি বিভাগীয় কার্যালয় হতে প্রেরণ করতে হবে।
 - (III) আঞ্চলিক নিরীক্ষা কার্যালয়ে কর্মরতদের জন্য রিপোর্টটি বিভাগীয় নিরীক্ষা কার্যালয় হতে প্রেরণ করতে হবে।
 - (IV) শুধুমাত্র বিভাগীয় নিরীক্ষা কার্যালয় এবং বিভাগীয় কার্যালয় হতে কর্মী কল্যাণ ও পরিবহণ বিভাগ, প্রকায় প্রেরণ করতে হবে।
- (ড) আবেদনকারীর আবেদন (“ফরম-১”) নিয়ন্ত্রনকারী কর্তৃপক্ষের মাধ্যমে নিম্নোক্ত ধাপে ফরওয়ার্ডিং এর মাধ্যমে কর্মী কল্যাণ ও পরিবহণ বিভাগ, প্রকায় প্রেরণ করতে হবে।
 - (I) শাখায় কর্মরতদের জন্য ফরওয়ার্ডিং
শাখা → মুআকা/আকা → কর্মী কল্যাণ ও পরিবহণ বিভাগ, প্রকা।
 - (II) মুআকা/আকা/কর্পোরেট শাখা এবং বিভাগীয় কার্যালয়ে কর্মরতদের জন্য ফরওয়ার্ডিং
মুআকা/আকা/কর্পোরেট শাখা → বিভাগীয় কার্যালয় → কর্মী কল্যাণ ও পরিবহণ বিভাগ, প্রকা।
 - (III) আনিকা এবং বিনিকায় কর্মরতদের জন্য ফরওয়ার্ডিং
আনিকা → বিনিকা → কর্মী কল্যাণ ও পরিবহণ বিভাগ, প্রকা।

৫/১১

পরবর্তী পৃষ্ঠায় দ্রষ্টব্য

“পাতা-২”

০৩। কর্মী স্বাস্থ্য সেবা/কল্যাণ নীতিমালা-২০১৪ অনুযায়ী ব্যাংকের কর্মচারী ও পরিবারের সদস্যদের চিকিৎসা ও স্বাস্থ্য সেবা ও কল্যাণের উদ্দেশ্যে অনুদান প্রদানের জন্য জারীকৃত ১৫.০৬.২০১৪ খ্রিস্টাব্দের প্রশাসন পরিপত্র নং ০৩/২০১৪; ১৯.০৪.২০১৬ খ্রিস্টাব্দের প্রকা/ককপবি-১২(৩)অংশ-০৯/২০১৫-২০১৬/৭৯৯ এবং ২৮.১১.২০১৭ খ্রিস্টাব্দের প্রকা/ককপবি-৫০(৩)অংশ-১০/২০১৭-২০১৮/৩২২(১২৫০) মোতাবেক চিকিৎসা অনুদান স্বল্প সময়ে প্রাপ্তির জন্য নিম্নোক্ত প্রয়োজনীয় ডকুমেন্টস সংশ্লিষ্ট কার্যালয়ের মাধ্যমে কর্মী কল্যাণ ও পরিবহণ বিভাগ, প্রকায় প্রেরণের জন্য অনুরোধ করা হলো।

- (ক) আবেদনের উপরে অবশ্যই সূচক নম্বর লিখতে হবে। অন্যথায় আবেদনটি বিবেচিত হবে না।
- (খ) আবেদনকারীর আবেদন ফরমটি অনুচ্ছেদ নং ১ হতে ১৩ সঠিকভাবে পূরণপূর্বক ১৪নং অনুচ্ছেদে আবেদনকারী নিজে স্বাক্ষর করবেন। উল্লেখ্য আবেদনকারীর বর্ণিত ফরমটি পূরণ ব্যতীত আলাদা কোনও দরখাস্ত দিতে হবে না।
- (গ) অনুচ্ছেদ নং ১২ এ বর্ণিত চিকিৎসা ব্যয়ের সকল প্রকার অরিজিনাল ভাউচার, ক্যাশ মেমো ইত্যাদি অর্থাৎ হাসপাতাল বিলের মূলকপি আবেদন ফরমের সাথে (ক), (খ), (গ) এবং (ঘ) সিরিয়াল মোতাবেক সংযুক্ত আকারে অবশ্যই দিতে হবে(মানি রিসিপ্টকে ভাউচার হিসাবে গণ্য করা হবে না)।
- (ঘ) আবেদন ফরমটির ১৬ নং অনুচ্ছেদে নিয়ন্ত্রনকারী কর্তৃপক্ষ কর্তৃক নিম্নোক্ত ধাপে স্বাক্ষরের মাধ্যমে ফরওয়ার্ডিং দিয়ে কর্মী কল্যাণ ও পরিবহণ বিভাগ, প্রকায় প্রেরণ করতে হবে।

(I) শাখায় কর্মরতদের জন্য ফরওয়ার্ডিং

১৬(ক)শাখা→১৬(খ)মুআকা/আকা→কর্মী কল্যাণ ও পরিবহণ বিভাগ, প্রকা।

(II) মুআকা/আকা/কর্পোরেট শাখা এবং বিভাগীয় কার্যালয়ে কর্মরতদের জন্য ফরওয়ার্ডিং

১৬(ক)মুআকা/আকা/কর্পোরেট শাখা→১৬(খ)বিভাগীয় কার্যালয়→কর্মী কল্যাণ ও পরিবহণ বিভাগ, প্রকা।

(III) আনিকা এবং বিনিকায় কর্মরতদের জন্য ফরওয়ার্ডিং

১৬(ক)আনিকা→১৬(খ)বিনিকা→কর্মী কল্যাণ ও পরিবহণ বিভাগ, প্রকা।

(IV) শুধুমাত্র বিভাগীয় নিরীক্ষা কার্যালয় এবং বিভাগীয় কার্যালয় হতে সরাসরি কর্মী কল্যাণ ও পরিবহণ বিভাগ, প্রকায় প্রেরণ করতে পারবে।

(ঙ) চিকিৎসা অনুদান প্রাপ্তির জন্য নিম্নোক্ত কাগজপত্র অবশ্যই আবেদনকারীর আবেদন ফরমটির সাথে সংযুক্ত করতে হবে। অন্যথায় চিকিৎসা অনুদান প্রাপ্তির জন্য আবেদনকারীর আবেদন কর্তৃপক্ষের নিকট উপস্থাপন করা যাবে না।

(I) সিজারিয়ান অপারেশনের মাধ্যমে সন্তান জন্ম গ্রহণের ক্ষেত্রে গাইনী চিকিৎসকের ব্যবস্থাপত্র, আল্ট্রাসোনোগ্রাফি ফ্লিম ও রিপোর্ট, সরকারী/সরকার অনুমোদিত প্রাইভেট ক্লিনিকের সার্জনের নামের সীলমোহর ও রেজিস্ট্রেশন নম্বর উল্লেখসহ অপারেশন নোট এবং ছাড়পত্র।

(II) সকল প্রকার খরচের অরিজিনাল ভাউচার, ক্যাশ মেমো, হাসপাতাল বিল ইত্যাদি (মানি রিসিপ্টকে ভাউচার হিসাবে গণ্য করা হবে না)।

(III) আবেদনপত্রে সিজারিয়ান অপারেশন এর ক্ষেত্রে কত তম সন্তান তা উল্লেখসহ পূর্বে গৃহিত চিকিৎসা অনুদানের বিষয়ে উল্লেখ করতে হবে(প্রথম দুই সন্তানের অধিক সন্তানের ক্ষেত্রে সিজারিয়ান অপারেশনের অনুদান প্রদানের কোন অবকাশ নাই)।

(IV) প্রেসক্রিপশনস, আল্ট্রাসোনোগ্রাফি ফ্লিম ও রিপোর্ট, ইসিজি, এনজিওগ্রাম, এমআরআই রিপোর্ট, সিটিক্যান, এক্সরের ফ্লিম ও রিপোর্টসহ অর্থাৎ রোগ অনুযায়ী সকল প্রয়োজনীয় কাগজপত্র যথাযথ কর্তৃপক্ষের মাধ্যমে প্রেরণ করতে হবে।

(V) সকল আবেদনপত্র নিয়ন্ত্রনকারী কার্যালয়ের মাধ্যমে প্রেরণ করতে হবে। অত্র বিভাগে সরাসরি প্রেরিত আবেদনসমূহ বাতিল বলে গণ্য হবে।

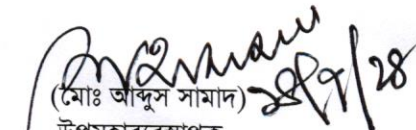
(চ) হাসপাতালের ডিসচার্জ/ছাড়পত্রের তারিখ হতে অবশ্যই ৬(ছয়) মাসের মধ্যে আবেদন করতে হবে। অন্যথায় আবেদন পত্রটি বিবেচিত হবে না। ডিসচার্জ/ছাড়পত্র এবং হাসপাতালের বিলের মূলকপি ব্যতীত প্রাপ্ত অসম্পূর্ণ আবেদনপত্র সমূহ সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তা/কর্মচারীর অসহযোগিতার কারণে বাতিল বলে বিবেচিত হবে।

(ছ) নিয়ন্ত্রনকারী কার্যালয় কর্তৃক বর্ণিত ডকুমেন্টসসমূহ যাচাই বাছাইপূর্বক কর্মী কল্যাণ ও পরিবহণ বিভাগ, প্রধান কার্যালয়ে প্রেরণের জন্য অনুরোধ করা হলো।

০৪। এমতাবস্থায়, এখন থেকে মৃত্যু পরবর্তী অনুদান এবং চিকিৎসা অনুদান প্রাপ্তির জন্য সংশ্লিষ্ট সকলকে অনুচ্ছেদ নং-২ এবং ৩ এর নির্দেশনা অনুযায়ী সঠিকভাবে সকল আবেদনপত্র এবং প্রমাণক ডকুমেন্টস অত্র বিভাগে প্রেরণের জন্য অনুরোধ করা হলো।

০৫। বিষয়টি অতীব জরুরী।

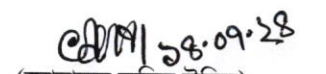
অনুমোদনক্রমে,


(মোঃ আব্দুস সামাদ)
উপমহাব্যবস্থাপক
(অতিরিক্ত দায়িত্বে)
তারিখ: ১৪.০৭.২০২৪ খ্রিঃ

নং-প্রকা/ককপবি/মৃত্যু পরবর্তী ও চিকিৎসা অনুদান-০১/২০২৪-২০২৫/২৮(১২৫০)

সদয় অবগতির জন্য অনুলিপি প্রেরণ করা হলোঃ

- (০১) স্টাফ অফিসার, চেয়ারম্যান মহোদয়ের সচিবালয়, বাংলাদেশ কৃষি ব্যাংক, প্রধান কার্যালয়, ঢাকা।
- (০২) চীফ স্টাফ অফিসার, ব্যবস্থাপনা পরিচালক মহোদয়ের সচিবালয়, বাংলাদেশ কৃষি ব্যাংক, প্রধান কার্যালয়, ঢাকা।
- (০৩) স্টাফ অফিসার, উপ-ব্যবস্থাপনা পরিচালক-১/২/৩ মহোদয়ের সচিবালয়, বাংলাদেশ কৃষি ব্যাংক, প্রধান কার্যালয়, ঢাকা।
- (০৪) স্টাফ অফিসার, সকল মহাব্যবস্থাপক মহোদয়ের দপ্তর/অধ্যক্ষ, স্টাফ কলেজ, বাংলাদেশ কৃষি ব্যাংক, প্রধান কার্যালয়, ঢাকা।
- (০৫) সকল উপমহাব্যবস্থাপক/বোর্ড সচিব, বাংলাদেশ কৃষি ব্যাংক, প্রধান কার্যালয়, ঢাকা। উক্ত পত্রটি ব্যাংকের ওয়েবসাইটে আপলোড করার প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণের জন্য আইসিটি সিস্টেমস বিভাগকে অনুরোধ করা হলো।
- (০৬) নথি/মহানথি।


(মোহাম্মদ জাসিম উদ্দিন)
সহকারী মহাব্যবস্থাপক

উপ-মহাব্যবস্থাপক
কর্মী কল্যাণ ও পরিবহণ বিভাগ
বাংলাদেশ কৃষি ব্যাংক
প্রধান কার্যালয়
ঢাকা।

বিষয়: মৃত্যু পরবর্তী অনুদান প্রকল্পের অধীনে প্রদেয় অনুমোদনের জন্য আবেদন।

মহোদয়,

আমি/আমরা (নাম): পিতা/স্বামীর নাম: বাংলাদেশ
কৃষি ব্যাংক শাখা/কার্যালয় এর মরহুম কর্মকর্তা/কর্মচারী (নাম): পদবী:
ভবিষ্যৎ তহবিল সূচক নং- এর পোষ্য এবং বাংলাদেশ কৃষি ব্যাংকের “মৃত্যু পরবর্তী অনুদান
প্রকল্প” এর অধীনে প্রদেয় অনুদান প্রাপ্তির জন্য মনোনীত ব্যক্তি। উক্ত প্রকল্পের নীতিমালা অনুযায়ী আমাকে/আমাদেরকে
অনুদান প্রদানের জন্য বিনীত অনুরোধ করছি।

আবেদনকারীর স্বাক্ষরঃ

আপনার বিশ্বস্ত

স্বাক্ষর সত্যায়িত

স্বাক্ষরঃ

নামঃ

মৃত্যুবরণকারী কর্মকর্তা/কর্মচারীর
সাথে আবেদনকারীর সম্পর্কঃ

ঠিকানাঃ

(শাখা/কার্যালয় প্রধান)
সীলমোহর

মোবাইল নম্বরঃ

সংযুক্তিঃ

ক্রঃ নং

বিবরণ

- (ক) অনলাইন মৃত্যু সনদ (সত্যায়িত)।
- (খ) ডাক্তার/হাসপাতাল হতে ডেথ সার্টিফিকেট (সত্যায়িত)।
- (গ) মনোনয়ন পত্রের মূলকপি/সাকসেশন সার্টিফিকেট এর মূল কপি।
- (ঘ) দায়দেনা কর্তনের ক্ষমতাপত্র (“ফরম-২” অনুযায়ী)।
- (ঙ) উত্তরাধিকার সনদ ও মৃত কর্মকর্তা/কর্মচারীসহ উত্তরাধিকারগণের জাতীয় পরিচয়পত্র (সত্যায়িত)।
- (চ) আসল সুদের ব্রেকআপসহ হাল নাগাদ দায়দেনার প্রত্যয়নপত্র (সত্যায়িত)।
- (ছ) সর্বশেষ অফিস আদেশ (সত্যায়িত)।
- (জ) Last Salary Certificate (LPC) (সত্যায়িত)।
- (ঝ) সর্বশেষ ০৩(তিন) বছরের কর্মস্থলের বিবরণী (সত্যায়িত)।
- (ঞ) চেয়ারম্যান/কমিশনার হতে ব্যাংকের মরহুম কর্মকর্তা/কর্মচারীর স্বামী অথবা স্ত্রী দ্বিতীয় বিবাহ করে নাই মর্মে প্রত্যয়নপত্র (সত্যায়িত)।
- (ট) নিয়ন্ত্রণকারী কর্তৃপক্ষ কর্তৃক যান্মাসিক রিপোর্ট “ফরম-৩” অনুযায়ী।
- (ঠ) আবেদনকারীর আবেদন (“ফরম-১”) নিয়ন্ত্রণকারী কর্তৃপক্ষের মাধ্যমে ফরওয়ার্ডিং।

উল্লেখ্য, উপরোক্ত কাগজ (ক্রঃ নং- ট এবং ঠ ব্যতিত) মৃত্যুকালীন কর্মস্থল হতে অবশ্যই সত্যায়িত করে নিয়ন্ত্রণকারী কার্যালয়ে প্রেরণ
করতে হবে। ক্রঃ নং-গ অর্থাৎ মনোনয়ন পত্র/সাকসেশন সার্টিফিকেট এর মূল কপি প্রেরণ করতে হবে।

৩৪.০৭.২৪
মোহাম্মদ জামিম উদ্দিন
সহকারী মহাব্যবস্থাপক

(“ফরম-২”)

“দায়দেনা কর্তনের ক্ষমতাপত্র”

আমি নিম্ন স্বাক্ষরকারী জনাব -----, স্বামী/স্ত্রী/পিতা/মাতাঃ জনাব -----
-----, ভঃ তঃ সূচক নম্বরঃ ----- পদবীঃ সাবেক-----
-----, বাংলাদেশ কৃষি ব্যাংক, কর্মস্থলঃ ----- এর ব্যাংকে যাবতীয়
দায়দেনা মৃত্যু পরবর্তী অনুদান হতে কর্তন/ সমন্বয় করিয়া রাখার জন্য বাংলাদেশ কৃষি ব্যাংককে ক্ষমতা প্রদান
করিলাম ।

নিয়ন্ত্রণকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষরঃ
(সীলসহ)

স্বাক্ষরঃ

আবেদনকারীর নামঃ

স্বামী/স্ত্রী/পিতা/মাতাঃ জনাব

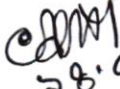
ভঃ তঃ সূচক নম্বরঃ

পদবীঃ সাবেক

ঠিকানাঃ

মোবাইল নম্বরঃ

আপনার বিশ্বস্ত


২৪.০৭.২০২৪
মোহাম্মদ জসিম উদ্দিন
সহকারী মহাব্যবস্থাপক



বাংলাদেশ কৃষি ব্যাংক
----- কার্যালয়।

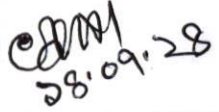
(“ফরম-৩”)

বিষয়ঃ পরিচালনা পর্ষদের সভায় উপস্থাপনের লক্ষ্যে ব্যাংকের কর্মকর্তা/কর্মচারীদের মৃত্যু সংক্রান্ত ষাণ্মাসিক প্রতিবেদন(..... হতে..... পর্যন্ত)।

ক্রম নং	মৃত ব্যক্তির নাম, পিএফ নম্বর, পদবী ও সর্বশেষ কর্মস্থল	মৃত্যুর কারণ/ রোগের নাম ইত্যাদি	মৃত্যুর স্থান	মৃত্যুর তারিখ, সময় ও বয়স	মরহুম কর্মকর্তা/কর্মচারীর জন্ম তারিখ	ব্যাংকের চাকুরীতে যোগদানের তারিখ	মোট চাকুরীকাল (বছর, মাস ও দিন) (০৫-০৭=০৮)	মৃত্যুকালীন সময়ে বাবা- মা, স্বামী/ স্ত্রী ও পুত্র- কন্যার নাম এবং সংখ্যা অর্থাৎ উত্তরাধিকারগণের তথ্য।	স্বামী /স্ত্রী নিকট আত্মীয়ের নাম, ঠিকানা ও মোবাইল নম্বর।	মৃত ব্যক্তির পরিবারের সদস্যদের তথ্য ও পারিবারিক সমস্যা থাকলে সমাধানে ব্যাংকের করণীয় উল্লেখ করুন।	মন্তব্য
০১	০২	০৩	০৪	০৫	০৬	০৭	০৮	০৯	১০	১১	১২

প্রস্তুতকারীর নাম, পদবী এবং মোবাইল নম্বর

কার্যালয় প্রধানের নাম ও পদবী


২৪.০৭.২৪
মোহাম্মদ জসিম উদ্দিন
সহকারী মহাব্যবস্থাপক

উপমহাব্যবস্থাপক

কর্মী কল্যাণ ও পরিবহণ বিভাগ

বাংলাদেশ কৃষি ব্যাংক, প্রধান কার্যালয়, ঢাকা।

মাধ্যমঃ যথাযথ কর্তৃপক্ষ।

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

মহোদয়

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

- ০১। কর্মকর্তা/কর্মচারীর নাম এবং ডঃ তঃ সূচক নম্বর :
০২। পদবী ও মোবাইল নম্বর :
০৩। পিতার/স্বামীর নাম :
০৪। জন্ম তারিখ :
০৫। চাকুরীতে যোগদানের তারিখ :
০৬। পিআরএল গমনের তারিখ :
০৭। বর্তমান কর্মস্থল :
০৮। সংশ্লিষ্ট হিসাব নম্বর (অনলাইন একাউন্ট নম্বর) : ০০০০-০৩১০০০০০০০
০৯। স্থায়ীঠিকানা :
১০। রোগ/চিকিৎসার বিবরণ (সিজারিয়ানের ক্ষেত্রে কত তম সন্তান এবং কত তম সিজার) :
১১। (ক) চিকিৎসা প্রাপ্ত ব্যাংক কর্মী বা পরিবারের সদস্যের নামসহ সম্পর্ক ও পেশা :
(খ) চিকিৎসা প্রাপ্ত ব্যক্তি পরিবারের পোষ্য হলে তিনি সংশ্লিষ্ট কর্মীর উপর সম্পূর্ণ নির্ভরশীল ও একত্রে বসবাস করেন কিনা :
১২। প্রার্থীত চিকিৎসা ব্যয়ের মোট পরিমাণ : (নিম্নোক্ত (ক) হতে (ঘ) তে বর্ণিত বিলের মূলকপি অবশ্যই সংযুক্ত করতে হবে।)

ক) ডাক্তারের বিল	:টাকা
খ) হাসপাতালের বিল	:টাকা
গ) পরীক্ষা নিরীক্ষার বিল	:টাকা
ঘ) ঔষধের বিল	:টাকা
ঙ) সর্বমোট	:টাকা

১৩। পূর্বে গৃহীত অনুদানের বিবরণ :

ক) অনুদান মঞ্জুরীর পরিমাণ	:টাকা
খ) মঞ্জুরীর তারিখ	:	
গ) রোগের বিবরণ	:	

১৪। আবেদন পত্রে প্রদত্ত তথ্যের সঠিকতা সম্পর্কে কর্মকর্তা/কর্মচারীর ঘোষণাঃ

আমি এ মর্মে ঘোষণা করছি যে, আমি অথবা আমার পরিবারের কেউ উক্ত চিকিৎসা বাবদ অন্য কোন প্রতিষ্ঠান হতে কোনও অনুদান গ্রহণ করিনি। উপরে বর্ণিত তথ্যাদি সঠিক আছে এবং জ্ঞানত কোন তথ্য গোপন করিনি। বাস্তব তথ্য গোপন করে অথবা ব্যাংকের বিধি বিধানের ব্যত্যয় করে এতদসংক্রান্ত আর্থিক সুবিধা গ্রহণ করা হলে আমি গৃহীত সমুদয় টাকা ফেরত প্রদানে বাধ্য থাকিব এবং ব্যাংক এ বিষয়ে যে কোন ব্যবস্থা গ্রহণ করিতে পারবে।

আবেদনকারী কর্মকর্তা/কর্মচারীর স্বাক্ষর
তারিখ ও সীল

১৫। সংযোজিত কাগজ পত্রের বিবরণ(দ্রষ্টব্য)ঃ

১৬। (ক) শাখা ব্যবস্থাপক/কার্যালয় প্রধানের প্রত্যয়ণ ও সুপারিশঃ

জনাব..... পদবী..... ডঃ তঃ সূচক 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 উল্লিখিত কর্মকর্তা/কর্মচারীর আবেদনে পেশকৃত তথ্যাবলী সঠিক আছে।

ব্যবস্থাপক/কার্যালয় প্রধানের স্বাক্ষর
তারিখ ও সীল

(খ) নিয়ন্ত্রনকারী কর্মকর্তার প্রত্যয়ন ও সুপারিশঃ-

উপরোক্ত সুপারিশের সাথে একমত পোষণ করে..... টাকা মঞ্জুরের জন্য সুপারিশ করা হলো(একমত পোষণ না করলে কারণসহ সুনির্দিষ্ট মতামত পেশ করতে হবে)।

নিয়ন্ত্রনকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষর
তারিখ ও সীল

সংযুক্তিঃ

- আবেদন নিয়ন্ত্রনকারী কর্তৃপক্ষের মাধ্যমে প্রেরণ অর্থাৎ শাখা হলে মুআকা/আকা অফিস হতে, মুআকা/আকা/কর্পোঃ শাখা হলে জিএম অফিস হতে, আনিকা হলে বিনিকা হতে শুধুমাত্র জিএম/বিনিকায় কর্মরত সকলে সরাসরি কর্মী কল্যাণ ও পরিবহণ বিভাগ, প্রকা প্রেরণ করবে।
- অনুচ্ছেদ ১২ তে উল্লিখিত বিলের মূলকপি।
- হাসপাতালের ডিসচার্জ/ ছাড়পত্র (ফটোকপি গ্রহণযোগ্য)।
- মেডিকেল ডকুমেন্টস (প্রেসক্রিপশন, আলট্রাসাউন্ড ও রিপোর্ট, ইসিজি, এনজিওগ্রাম, সিটিস্ক্যান, এমআরআই) ফটোকপি গ্রহণযোগ্য।

স্বাক্ষর
তারিখ ও সীল

১৫.০৭.২৪