

প্রতিবন্ধী ১ ব্যক্তি হিসাবে নিবন্ধন ও পরিচয়পত্রের জন্য আবেদন

বরাবর,

সভাপতি

প্রতিবন্ধীব্যক্তির অধিকার ও সুরক্ষা সংক্রান্ত উপজেলা কমিটি/শহর কমিটি।

উপজেলা :(উপজেলা কমিটির ক্ষেত্রে)।

শহর সমাজসেবা কার্যক্রম :(শহর কমিটির ক্ষেত্রে)।

জেলা :

বিষয়: প্রতিবন্ধীব্যক্তি হিসাবে নিবন্ধন ও পরিচয়পত্রের জন্য আবেদন।

প্রতিবন্ধীব্যক্তির তথ্যাবলী

- ১। প্রতিবন্ধী ব্যক্তির নাম (বাংলায়) : ২। পিতা/স্বামীর নাম (বাংলায়) :
- (ইংরেজীতে) : (ইংরেজীতে) :
- ৩। মাতার নাম (বাংলায়) : ৪। অভিভাবকের নাম (বাংলায়) :
- (ইংরেজীতে) : (ইংরেজীতে) :
- ৫। বর্তমান ঠিকানা (বাংলায়) : ৬। স্থায়ী ঠিকানা (বাংলায়) :
- (ইংরেজীতে) : (ইংরেজীতে) :
- (ইংরেজীতে) : (ইংরেজীতে) :

৭। জন্ম তারিখ :

দি	ন	মা	স	ব	ং	স	র

৮। শিক্ষাগত যোগ্যতা (যদি থাকে) : ৯। পেশা বা জীবিকা :

১০। ধর্ম : ১১। জাতীয়তা :

১২। লিঙ্গ (টিক চিহ্ন দিন) : পুরুষ () / স্ত্রী () ১৩। প্রতিবন্ধিতার ধরন :

১৪। প্রতিবন্ধিতার কারণ : জন্মগত/দুর্ঘটনা/অসুস্থতা/ভুল চিকিৎসা/অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন) :

১৫। পরিবারে আর কোন প্রতিবন্ধী সদস্য আছে কিনা ? :

১৬। কোন ধরনের সহায়ক উপকরণ ব্যবহার করেন কিনা ? (হইল চেয়ার ক্রাচ, সাদাছড়ি, ইত্যাদি) :

১৭। চলাচলে সাহায্যকারীর প্রয়োজন হয় কিনা ? :

১৮।প্রতিনিবন্ধী ব্যক্তির পরিচিত নম্বর (প্রতিনিবন্ধীতা শনাক্তকরণ জরিপ-২০১৩ অনুযায়ী) (যদি থাকে) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

১৯। জাতীয় পরিচিতি নম্বর (যদি থাকে) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

২০। অস্বচ্ছল প্রতিবন্ধী ভাতা গ্রহণ করেন কিনা(টিক চিহ্ন দিন)? :হ্যাঁ()/না()

২১। শিক্ষা উপবৃত্তি গ্রহণ করেন কিনা(টিক চিহ্ন দিন)? :হ্যাঁ()/না()

আবেদনকারীর তথ্যাবলী (প্রতিবন্ধী ব্যক্তি ব্যতীত তাহার মাতা, পিতা, বৈধ বা আইনানুগ অভিভাবক বা প্রতিবন্ধী ব্যক্তির সংগঠন কর্তৃক আবেদনের ক্ষেত্রে):

১। ব্যক্তি সংগঠনের নাম :..... ২। পিতা/স্বামীর নাম (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে):.....

২। মাতা নাম (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে):.....

৪। জাতীয় পরিচিত নম্বর (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

৫। প্রতিবন্ধী ব্যক্তির সহিত সম্পর্ক (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে):..... ৬। ঠিকানা:.....

৭। মোবাইল ফোন নম্বর:.....

এই ফরমে বর্ণিত সকল তথ্য আমার জ্ঞান ও বিশ্বাস মতে সম্পূর্ণ সত্য।

আবেদনকারীর নাম:.....

স্বাক্ষর/টিপসই

মোবাইল ফোন নম্বর:.....

চিকিৎসকের প্রত্যয়ন

জনাব /বেগম.....কে পরীক্ষা করা হইয়াছে। তাহার রক্তের গুণ:.....। তিনি প্রতিবন্ধী এবং

তাহার প্রতিবন্ধীতার মাত্রা:.....

চিকিৎসকের নাম:..... পদবি:.....

কর্মস্থলের নাম:..... বিএমডিসি রেজিস্ট্রেশন নম্বর:.....

মোবাইল/ফোন নম্বর:..... স্বাক্ষর:.....

তারিখ:..... দাপ্তরিক সিল:.....