আবেদনকারীর সদ্য তোলা পাসপোর্ট সাইজের তিনকপি ছবি ১ম শ্রেণির গেজেটেড কর্মকর্তা কর্তৃক সত্যায়িত

ফরম-৪

[বিধি ৪(১) দ্রষ্টব্য]

প্রতিবন্ধী১ 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। প্রতিবন্ধি ব্যক্তির নাম (বাংলায়) : .....
(ইংরেজীতে) : .....
২। পিতা/স্বামীর নাম : .....
৩। মাতার নাম : .....
৪। অভিভাবকের নাম : .....
৫। বর্তমান ঠিকানা : .....
৬। স্থায়ী ঠিকানা : .....
৭। জন্ম তারিখ :

দি	ন	মা	স	ব	ৎ	স	র

৮। শিক্ষাগত যোগ্যতা : .....
৯। পেশা বা জীবিকা : .....
১০। ধর্ম : .....
১১। জাতীয়তা : .....
১২। লিঙ্গ (টিকা দিন) : পুরুষ ( ) / স্ত্রী ( )
১৩। প্রতিবন্ধিতার ধরন : .....
১৪। প্রতিবন্ধিতার কারণ : জন্মগত/দুর্ঘটনা/অসুস্থতা/ভুল চিকিৎসা/অন্যান্য (নির্দিষ্ট কারুন) .....
১৫। পরিবারে আর কোন প্রতিবন্ধী সদস্য আছেন কিনা ? .....
১৬। কোন ধরনের সহায়ক উপকরণ ব্যবহার করেন কিনা ? (হুইল চেয়ার, ক্রাচ, সাদাছড়ি, ইত্যাদি) .....
১৭। চলাচলে সাহায্যকারীর প্রয়োজন হয় কিনা ? .....
১৮। প্রতিবন্ধী ব্যক্তির পরিচিতি নম্বর (প্রতিবন্ধীতা শনাক্তকরণ জরিপ-২০১৩ অনুযায়ী) (যদি থাকে) :

১৯। জাতীয় পরিচিতি নম্বর (যদি থাকে) :

২১। অস্বচ্ছল প্রতিবন্ধী ভাতা গ্রহণ করেন কিনা ? (হ্যাঁ / না) : .....
২২। শিক্ষা উপবৃত্তি গ্রহণ করেন কিনা ? (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) : .....

৩। মাতার নাম (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে): .....

৪। জাতীয় পরিচিতি 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/টিপসহি :

ফোন :

চিকিৎসকের প্রত্যয়ন

জনাব/বেগম ..... কে পরীক্ষা করা হইয়াছে। তাহার রক্তের গ্রুপ : .....। তিনি ..... প্রতিবন্ধী এবং তাহার প্রতিবন্ধীতার মাত্রা : .....।

চিকিৎসকের নাম :

পদবি :

কর্মস্থলের নাম :

বিএমডিসি রেজিস্ট্রেশন নম্বর :

মোবাইল ফোন নম্বর :

স্বাক্ষর :

তারিখ :

দাপ্তরিক সিল :