

প্রতিষ্ঠান প্রধানের সত্যায়িত
আবেদনকারীর পাসপোর্ট
সাইজের
১(এক) কপি ছবি

ফরম নং-০১

প্রতিষ্ঠান প্রধানের সত্যায়িত
পাসপোর্ট সাইজের
১(এক) কপি ছবি

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
শিক্ষা মন্ত্রণালয়

বেসরকারী শিক্ষা প্রতিষ্ঠান শিক্ষক ও কর্মচারী অবসর সুবিধা বোর্ড

ব্যানবেইস ভবন (নীচতলা) ১নং এশিয়ান হাইওয়ে (নীলক্ষেত-পলাশী), ঢাকা-১২০৫।

(www.terbb.gov.bd. E-mail: info@terbb.gov.bd)

অবসরপ্রাপ্ত বেসরকারী শিক্ষক-কর্মচারীগণের জটিল ও ব্যয়বহুল রোগের দেশ/বিদেশে চিকিৎসার প্রয়োজনে
অবসরকালীন টাকা দ্রুত প্রাপ্তির আবেদন ফরম।

(অংশ 'ক')

- ০১। (ক) শিক্ষক/কর্মচারীর নাম (বাংলায়) :
- (ইংরেজিতে বড় অক্ষরে) :
- (খ) পদবি (বাংলায়) :
- (গ) বর্তমান ঠিকানা :
- (ঘ) প্রতিষ্ঠানের নাম ও ঠিকানা :
- (ঙ) ইনডেক্স নং :
- (চ) আবেদন জমার ক্রমিক ও তারিখ :
- (ছ) জন্ম তারিখ :
- (জ) চাকুরী এমপিও ভুক্তির তারিখ :
- (ঝ) চাকুরী থেকে অবসরের তারিখ :
- (ঞ) আবেদনের ধরন : ১) অবসরপ্রাপ্ত ২) পদত্যাগ ৩) প্রয়াত (ঠিক চিহ্ন)
- (ট) সর্বশেষ প্রাপ্ত বেতন ও কোড :
- (ঠ) ব্যাংক হিসাব নম্বর ও শাখার নাম :
- (ড) আবেদনকারীর নাম ও ফোন নম্বর :

আমি ঘোষণা করছি যে, উল্লিখিত তথ্য সঠিক ও নির্ভুল এবং আমি কোন তথ্য গোপন করিনি। যদি কোন অসত্য বা
ভুল প্রমাণিত হয় তা হলে আমি বেসরকারী শিক্ষা প্রতিষ্ঠান শিক্ষক-কর্মচারী অবসর সুবিধা বোর্ডকে এই আবেদনপত্রের
শ্রেণিতে প্রাপ্ত সমুদয় অর্থ ফেরত দিতে বাধ্য থাকব।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর
ও তারিখ

(অংশ 'খ')

প্রতিষ্ঠান প্রধানের প্রত্যয়ন

এই মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব ----- প্রতিষ্ঠান--

-----পদ-----তিনি-----

-----তারিখে অত্র প্রতিষ্ঠানে যোগদান ও দীর্ঘ ----- বছর চাকুরী করে-----তারিখে

অবসর/পদত্যাগ/মৃত্যু বরণ করেন। আবেদনপত্রে উল্লিখিত তথ্যাবলি সঠিক এবং অবসর সুবিধা বোর্ড হতে এর পূর্বে
অসুস্থতা বাবদ কোন অর্থ উত্তোলন করেননি। বর্ণিত তথ্যাদি সঠিক বলে প্রত্যয়ন করছি।

প্রতিষ্ঠান প্রধানের স্বাক্ষর ও
নাম পদবী ও ইনডেক্স নম্বরসহ সিল

ফোন/মোবাইল নম্বর (বাধ্যতামূলক)

(অংশ 'গ')

(সরকারি হাসপাতাল এর বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক কর্তৃক পূরণ করতে হবে)

প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব ----- আমার চিকিৎসাধীন আছেন/ছিলেন তিনি -----

----- রোগে ভুগছেন। এ রোগের চিকিৎসার জন্য আনুমানিক টাকা ----- খরচ
হবে/হয়েছে। এ জটিল রোগের জন্য দেশে/বিদেশে চিকিৎসার প্রয়োজন।

তারিখ :

বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকের স্বাক্ষর
(সহকারী অধ্যাপকের পদমর্যাদার নিচে নয়)

নাম পদবী ও কর্মস্থল যুক্ত সিল
ফোন/মোবাইল :

সংযুক্তি ও নিয়মাবলি :

১. অবসর সুবিধা বোর্ডে জমাকৃত আবেদন এর রিসিভ প্রতিষ্ঠান প্রধান কর্তৃক সত্যায়িত ফটোকপি।
২. ডাক্তারী ব্যবস্থাপত্রের এবং টেস্ট রিপোর্টের মূলকপি/সত্যায়িত কপি।
৩. ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী ঔষধ ক্রয়ের মূল/সত্যায়িত কপি।
৪. ক্লিনিক বা হাসপাতালে ভর্তি হয়ে থাকলে ক্লিনিক বা হাসপাতালের মূল/সত্যায়িত কপি।
৫. যাবতীয় খরচের হিসাব সম্বলিত স্বাক্ষরযুক্ত ব্যয় বিবরণী।
৬. বিদেশে চিকিৎসা করা হলে বিদেশ গমনের অনুমতি পত্র।
৭. জাতীয় পরিচয়পত্রের সত্যায়িত কপি।
৮. আবেদন ফরমের প্রতিটি কলাম সঠিক তথ্যসহ যথাযথভাবে অবশ্যই পূরণ করতে হবে। অসম্পূর্ণ/সন্দেহযুক্ত/ত্রুটিপূর্ণ আবেদন বাতিল বলে গণ্য হবে।