

A.O (ATM)

DD (CNS) / DD (ATM)

28/6/2021

28/6/21

বাংলাদেশ বেসামরিক বিমান চলাচল কর্তৃপক্ষ  
সদর দপ্তর, কুর্মিটোলা, ঢাকা-১২২৯।  
www.caab.gov.bd

যোগাযোগ বিভাগ  
ডায়েরী নম্বরঃ ১১৭০  
তারিখঃ ২৭/০৬/২১



স্মারক নম্বর: ৩০.৩১.০০০০.২২১.৭০.০০৪.১৮.৫৬৭

তারিখ: ১০ আষাঢ়, ১৪২৮

২৪ জুন ২০২১

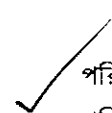
বিষয়: কর্তৃপক্ষের কর্মকর্তা/কর্মচারীগণ ও পরিবারের সদস্যদের জটিল ও ব্যয়বহল রোগের জন্য দেশে/বিদেশে চিকিৎসা সাহায্য-সংক্রান্ত আপডেটকৃত আবেদন ফরম ওয়েব সাইটে প্রকাশকরণ প্রসঙ্গে

বাংলাদেশ বেসামরিক বিমান চলাচল কর্তৃপক্ষের কর্মকর্তা/কর্মচারীগণ ও পরিবারের সদস্যদের জটিল ও ব্যয়বহল রোগের জন্য দেশে/বিদেশে চিকিৎসা সাহায্য সংক্রান্ত আবেদন ফরমটি কর্তৃপক্ষের অনুমোদনক্রমে আপডেট করা করা হয়েছে (আপডেটকৃত ফরম)। তাই পূর্বে প্রকাশিত ফরমটি বর্তমানের আপডেটকৃত ফরমটি কর্তৃপক্ষের ওয়েব সাইটে প্রকাশের পরবর্তী প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণের জন্য নির্দেশক্রমে অনুরোধ করা হলো।

*Mid*

২৪-৬-২০২১

মোহাম্মদ আবিদুল ইসলাম  
সহকারী পরিচালক (প্রশাসন-১)



পরিচালক (সিএনএস)  
পরিচালক(সিএনএস) এর দপ্তর  
বাংলাদেশ বেসামরিক বিমান চলাচল কর্তৃপক্ষ

স্মারক নম্বর: ৩০.৩১.০০০০.২২১.৭০.০০৪.১৮.৫৬৭/১

তারিখ: ১০ আষাঢ়, ১৪২৮

২৪ জুন ২০২১

সদয় অবগতি ও কার্যার্থে প্রেরণ করা হল:

১) পিএস টু চেয়ারম্যান, চেয়ারম্যানের দপ্তর, বাংলাদেশ বেসামরিক বিমান চলাচল কর্তৃপক্ষ

*Mid*

২৪-৬-২০২১

মোহাম্মদ আবিদুল ইসলাম  
সহকারী পরিচালক (প্রশাসন-১)

বাংলাদেশ বেসামরিক বিমান চলাচল কর্তৃপক্ষ  
সদর দপ্তর, কুর্মিটোলা, ঢাকা।

আবেদনকারীর ছবি  
পাসপোর্ট সাইজ  
(আবেদনকারীর অফিস প্রধান  
কর্তৃক সত্যায়িত করতে হবে)

বাংলাদেশ বেসামরিক বিমান চলাচল কর্তৃপক্ষের কর্মকর্তা/কর্মচারীগণ ও পরিবারের সদস্যদের জটিল ও ব্যয়বহুল রোগের জন্য দেশে/বিদেশে  
চিকিৎসা সাহায্য সংক্রান্ত আবেদন ফরম।

অংশ-ক

(আবেদনকারী পূরণ করবেন)

- ০১ (ক) নাম (বাংলায়) :
- (ইংরেজীতে বড় অক্ষরে) :
- (খ) পদবী (বাংলায়) :
- (ইংরেজীতে বড় অক্ষরে) :
- (গ) কর্মচারী পরিচিতি নম্বর (১০ সংখ্যা বিশিষ্ট) :
- (ঘ) জাতীয় পরিচয়পত্র/স্মার্ট কার্ড নং  
(সত্যায়িত ফটোকপি সংযুক্ত করতে হবে) :
- (ঙ) ফোন/মোবাইল নং- :
- (চ) ব্যাংক হিসাব নম্বর, ব্যাংকের নাম ও শাখার নাম (বাধ্যতামূলক) :
- (ছ) জন্ম তারিখ (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে এস.এস.সি/সমমানের সনদ অনুযায়ী) :
- (জ) চাকুরীতে যোগদানের তারিখ :
- (ঝ) বর্তমান কর্মস্থল :
- (ঞ) বেতনফেল ও গ্রেড :
- (ট) মূলবেতন :
- ০২ বর্তমান ঠিকানা: :
- ০৩ রোগীর সাথে সম্পর্ক (সঠিক চিহ্ন দিন ✓) :
- ০৪ রোগের বিবরণ :
- ০৫ যে হাসপাতালে চিকিৎসা নিয়েছেন :
- ০৬ চিকিৎসার জন্য মোট খরচ :
- ০৭ ইতঃপূর্বে কর্তৃপক্ষের দান-অনুদান চিকিৎসা খাত হতে আর্থিক সাহায্যে গ্রহণের বিবরণ (বাধ্যতামূলক):

নিজ	স্বামী/স্ত্রী	বাবা	মা	পুত্র	কন্যা
-----	---------------	------	----	-------	-------

আর্থিক সাল	স্মারক নং	রোগের বিবরণ	পরিমাণ

আমি শপথ করে বলছি যে, উল্লেখিত তথ্যসমূহ সম্পূর্ণ সত্য।

তারিখ:

স্বাক্ষর



## অংশ-খ

(আবেদনকারীর দপ্তর কর্তৃক পূরণ করতে হবে)

প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম.....বেবিচ কর্তৃপক্ষের  
.....কার্যালয়/ বিমানবন্দরে .....পদে চাকুরী করেন এবং তিনি.....গ্রেডের কর্মচারী।  
তিনি কর্তৃপক্ষ হতে যেতন গ্রহণ করেন ও পূর্ববর্তী পৃষ্ঠায় তার প্রদত্ত বিবরণ সত্য। তিনি নিজেসর/পিতা/মাতা/শ্রী/সন্তানের চিকিৎসা খরচের জন্য  
আবেদন করেছেন। তার অনুকূলে চিকিৎসা খাত হতে আর্থিক সাহায্য প্রদানের জন্য সুপারিশ করা হলো।

বিভাগীয়/দপ্তর প্রধানের স্বাক্ষর

পদবী-

কার্যালয়:

ফোন/মোবাইল নম্বর(বাধ্যতামূলক)

ই-মেইল ঠিকানা(যদি থাকে)

### নিয়মাবলী:

০১. বিভাগীয়/দপ্তর প্রধান আবেদনের সঠিকতা যাচাইপূর্বক স্বাক্ষর করবেন।
০২. সংশ্লিষ্ট স্ব স্ব অফিস হতে বেতন বিবরণী দাখিল করতে হবে।
০৩. চিকিৎসা বিষয়ক মূল কাগজপত্র অবশ্যই দাখিল করতে হবে (ছাড়পত্র, ব্যবস্থাপত্র, রিপোর্ট, ভাউচার ইত্যাদি)
০৪. আবেদনপত্রের সাথে সংযুক্ত কাগজপত্রাদি নিয়ন্ত্রনকারী কর্মকর্তা কর্তৃক প্রতিস্বাক্ষর করে একটি ফরওয়ার্ডিং চিঠির মাধ্যমে প্রেরণ করতে হবে।
০৫. আবেদনপত্রের সাথে কর্মচারীর সার্ভিস বহির ১ম ০৩ পৃষ্ঠার সত্যায়িত কপি।
০৬. আবেদন ফরমে প্রতিটি কলাম সঠিক তথ্যসহ যথাযথভাবে পূরণ এবং ব্যাংক হিসাব নম্বরের তথ্য সংক্রান্ত ১(৬) অংশ অবশ্যই পূরণ করতে হবে।  
অসম্পূর্ণ/সন্দেহযুক্ত/ত্রুটিপূর্ণ আবেদনপত্র বাতিল বলে গণ্য হবে।
০৭. আবেদন ফরম [www.caab.gov.bd](http://www.caab.gov.bd) ওয়েবসাইট থেকে সংগ্রহ করা যাবে। পূরণকৃত আবেদন পরিচাল (প্রশাসন), বাংলাদেশ বেসামরিক  
বিমান চলাচল কর্তৃপক্ষ, সদর দপ্তর, কুর্মিটোলা, ঢাকা বরাবর প্রেরণ করতে হবে।
০৮. আবেদন অসম্পূর্ণ/তথ্য গোপন/ভুল প্রমাণিত হলে বাতিল বলে গণ্য হবে।

