

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

সমাজকল্যাণ মন্ত্রণালয়

সমাজসেবা অধিদপ্তর

শান্তিনিবাস/শিশু পরিবার/শিশু সদন সমূহে অনাথ শিশু ভর্তির আবেদনপত্র  
(বালক/বালিকা)সত্যায়িত  
ছবি ২ কপি

প্রতিষ্ঠানের নাম.....।

জেলা.....।

- ১। প্রার্থীর নাম :.....
- ২। (ক) পিতার নাম :.....  
(খ) মাতার নাম :.....
- ৩। স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম/মহল্লা..... ডাকঘর.....  
উপজেলা..... জেলা.....
- ৪। বর্তমান ঠিকানা : গ্রাম/মহল্লা..... ডাকঘর.....  
উপজেলা..... জেলা.....
- ৫। জন্ম তারিখ : ..... বর্তমান বয়স.....
- ৬। জাতীয়তা : ..... ধর্ম.....
- ৭। শিক্ষাগত যোগ্যতা :.....
- ৮। অভিভাবকের নাম :..... পেশা..... মাসিক আয়.....  
শিশুর সাথে সম্পর্ক.....  
ঠিকানা.....
- ৯। পিতৃ-মাতৃহীন না কেবল পিতৃহীন :.....
- ১০। (ক) পিতার মৃত্যুর তারিখ ও কারণ :.....  
(খ) মাতার মৃত্যুর তারিখ ও কারণ :.....
- ১১। পৈত্রিক স্থাবর সম্পত্তি আছে কি না ?.....
- ১২। অনাথের শারিরিক অবস্থা কেমন :.....
- ১৩। অনাথের ভাই/বোন কতজন এবং তাদের বয়স এবং পেশা :.....
- ১৪। অনাথের কোন মারাত্মক অথবা ছোঁয়াচে রোগ আছে কি না—থাকলে উহা কি ?.....
- ১৫। দরখাস্তে বর্ণিত অনাথের অন্য কোন সহোদর ভাই বা বোন ইতোপূর্বে যে কোন শিশু পরিবার/সদনে ভর্তি হয়েছে কি না ? হয়ে থাকলে, বিস্তারিত বিবরণ :.....
- ১৬। প্রার্থীর ঘোষণাপত্র : আমি এ মর্মে ঘোষণা করছি যে, এ আবেদন পত্রে বর্ণিত বিবরণ সত্য এবং নির্ভুল। আমি অঙ্গীকার করছি যে, কেন্দ্রে ভর্তি হওয়ার পর কেন্দ্রের যাবতীয় বিধি-বিধান ও নিয়ম শৃংখলা মেনে চলব এবং শান্তি-শৃংখলার পরিপন্থী কোন কাজে লিপ্ত হব না। নিবাস কর্তৃপক্ষের আদেশ-নির্দেশ মেনে চলব।

১৭। ইউনিয়ন পরিষদ চেয়ারম্যান/ওয়ার্ড কমিশনারের মতামত :

আবেদনকারী..... পিতা/মাতা.....  
গ্রাম/মহল্লা..... ডাকঘর.....  
উপজেলা..... জেলা.....

অত্র ইউনিয়ন/ওয়ার্ডের স্থায়ী বাসিন্দা। সে একজন এতিম/অনাথ শিশু। সে সরকারী খরচে লালন-পালনযোগ্য।

তারিখ :.....

.....  
চেয়ারম্যান/ওয়ার্ড কমিশনার  
(স্বাক্ষর ও সীল)

১৮। সংশ্লিষ্ট উপজেলা সমাজসেবা কর্মকর্তার মতামত :

তারিখ.....

.....  
উপজেলা সমাজসেবা কর্মকর্তা  
(স্বাক্ষর ও সীল)

১৯। সিভিল সার্জন/উপজেলা স্বাস্থ্য ও পরিবার পরিকল্পনা কর্মকর্তার মতামত :

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, আবেদনকারী এর বয়স.....বছর। সে শারীরিকভাবে সুস্থ/অসুস্থ। তার ছোঁয়াচে রোগ আছে/নেই। তাঁর শারিরিক বা মানসিক দুর্বলতা আছে/নেই।

তারিখ.....

.....  
সিভিল সার্জন/উপজেলা স্বাস্থ্য ও পরিবার পরিকল্পনা কর্মকর্তা  
(স্বাক্ষর ও সীল)

২০। ভর্তি কমিটির সিদ্ধান্ত : (ক) ভর্তি করা হলো (খ) ভর্তি করা হলো না (গ) পরে বিবেচনা করা হবে।

ব্যবস্থাপনা কমিটির সিদ্ধান্ত মোতাবেক।

.....  
উপ-পরিচালক  
সদস্য-সচিব, শান্তিনিবাস  
তত্ত্বাবধায়ক/উপ-তত্ত্বাবধায়ক  
(শুধুমাত্র শিশু পরিবার/সদনের ক্ষেত্রে)

.....  
উপ-পরিচালক  
জেলা সমাজসেবা কার্যালয়  
.....জেলা  
(শিশু পরিবার/সদনের ক্ষেত্রে)

.....  
সভাপতি  
শান্তিনিবাস কমপ্লেক্স ব্যবস্থাপনা কমিটি।  
জেলা প্রশাসক.....জেলা  
ও সভাপতি শিশু পরিবার/সদন  
(শুধুমাত্র শিশু পরিবার/সদনের ক্ষেত্রে)

বিঃদ্র : উপ-পরিচালক, শান্তিনিবাস/জেলা সমাজসেবা কর্মকর্তা/তত্ত্বাবধায়ক/উপ-তত্ত্বাবধায়ক/উপজেলা সমাজসেবা কর্মকর্তা বা অন্য কোন সংশ্লিষ্ট ব্যক্তি/কর্মকর্তা প্রয়োজনবোধে এ ফরমের ফটোকপি করে ব্যবহার করতে পারবেন।