



রেজিস্টার স্মারক				
মেপল আইডি				

## আর্থিক সহায়তার আবেদন

তারিখ: .....

### রোগীর সাধারণ তথ্য

১. বিটিএফ আইডি: ..... ২. নাম: .....
৩. জন্ম তারিখ: ..... ৪. জন্মস্থান (থানা ও জেলা): .....
৫. লিঙ্গ:  নারী  পুরুষ  তৃতীয় লিঙ্গ  ..... ৬. ধর্ম:  ইসলাম  হিন্দু  বৌদ্ধ  খ্রিস্টান  .....
৭. জন্ম নিবন্ধন নম্বর: ..... ৮. জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর: .....
৯. মোবাইল-১: ..... ১০. মোবাইল-২: ..... ১১. ইমেইল: .....
১২. বর্তমান ঠিকানা: ..... ১৩. স্থায়ী ঠিকানা: .....
- বাড়ির নাম/ হোল্ডিং নং: ..... বাড়ির নাম/ হোল্ডিং নং: .....
- গ্রাম/ রোড নং: ..... এপার্টমেন্ট নং/ তলা: ..... গ্রাম/ রোড নং: ..... এপার্টমেন্ট নং/ তলা: .....
- ইউনিয়ন/ মহল্লা: ..... পোস্ট অফিস: ..... ইউনিয়ন/ মহল্লা: ..... পোস্ট অফিস: .....
- থানা: ..... জেলা: ..... থানা: ..... জেলা: .....
১৪. বৈবাহিক অবস্থা:  অবিবাহিত  বিবাহিত  বিধবা/ বিপত্নীক  স্বামী/ স্ত্রী পৃথক  বিবাহ বিচ্ছিন্ন  .....
১৫. স্বামী/ স্ত্রীর নাম: ..... ১৬. স্বামী/ স্ত্রীর জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর: .....
১৭. শিক্ষাগত যোগ্যতা:  প্রাথমিক  মাধ্যমিক  উচ্চ মাধ্যমিক  স্নাতক  স্নাতকোত্তর  কারিগরি  ..... ১৮. রোগীর পেশা:  ছাত্র  চাকুরীজীবী  .....
১৯. শিক্ষকের নাম (যদি ছাত্র হয়): ..... ২০. শিক্ষকের মোবাইল নম্বর: .....

### রোগীর পারিবারিক তথ্য

২১. পিতার নাম: ..... ২২. মাতার নাম: .....
২৩. পিতার জাতীয় পরিচয়পত্র: ..... ২৪. মাতার জাতীয় পরিচয়পত্র: .....
২৫. পিতার পেশা: ..... ২৬. মাতার পেশা: .....
২৭. রোগীর ভাই বোনের সংখ্যা: ..... ২৮. পরিবারে আর কোন থ্যালাসিমিয়া রোগী আছে কিনা:  হ্যাঁ  না (হ্যাঁ হলে ..... জন)

### রোগীর ভাই ও বোনের তথ্য

ক্রমিক নং	নাম	বয়স	লিঙ্গ	শিক্ষাগত যোগ্যতা
২৯.ক				
২৯.খ				
২৯.গ				
২৯.ঘ				
২৯.ঙ				

## রোগীর পরিবারের অর্থনৈতিক তথ্য

৩০. রোগীর মাসিক আয়: ..... ৩১. পিতার মাসিক আয়: ..... ৩২. মাতার মাসিক আয়: .....  
৩৩. পরিবারে আরো কোন উপার্জনক্ষম ব্যক্তি আছে?:  হ্যাঁ  না ৩৪. পরিবারের মাসিক মোট আয়: .....  
৩৫. রোগীর মাসিক আনুমানিক চিকিৎসা ব্যয়: ..... ৩৬. পরিবারের মাসিক মোট ব্যয়: .....  
৩৭. রোগীর আবেদন/ সম্পূরক তথ্য/ মন্তব্য (যদি থাকে): .....  
.....

আবেদনকারীর নাম ও স্বাক্ষর  
তারিখ:

আবেদনপত্র গ্রহণকারীর স্বাক্ষর  
তারিখ:

৩৮. নিম্নে উল্লিখিত কাগজপত্রাদী আবেদনের সাথে সংযুক্ত করুন:

- রোগীর ছবি ১ কপি  রোগীর ইলেকট্রোফরেসিস রিপোর্ট  রোগীর জাতীয় পরিচয়পত্র/ জন্ম নিবন্ধনের কপি  
 পিতা/ মাতার ছবি  পিতা অথবা মাতার জাতীয় পরিচয়পত্র/ জন্ম নিবন্ধনের কপি

## চিকিৎসক কর্তৃক পূরণীয়

## দাপ্তরিক কাজে ব্যবহার্য

১. থ্যালাসিমিয়ার ধরণ: .....  
২. রক্ত পরিসংখ্যান হ্রিকোয়েসিস:  সাপ্তাহিক  পাক্ষিক  মাসিক  দ্বিমাসিক  ত্রৈমাসিক  ষান্মাসিক  বার্ষিক  প্রয়োজন নেই  .....  
৩. সংশ্লিষ্ট জটিলতা: .....  
৪. সিরাম ফেরিটিন: .....  
৫. সম্পূরক তথ্য/মন্তব্য: .....

## প্রয়োজনীয় বার্ষিক চিকিৎসা বাজেট

নাম	বিবরণ	পরিমাণ	টাকা
১. ব্লাড ট্রান্সফিউশন			
২. লৌহ নিষ্কাশক ঔষধ			
৩. টেস্ট			
৪. চিকিৎসকের ফি			
৫. অন্যান্য			
		মোট	

মেডিকেল অফিসারের স্বাক্ষর  
তারিখ:

পরিচালক, থ্যালাসিমিয়া ফাউন্ডেশন হাসপাতাল  
তারিখ:

## আর্থিক বরাদ্দ

সহায়তা পাত	প্রস্তাবিত বরাদ্দ টাকা	অনুমোদিত বরাদ্দ টাকা
১. ভর্তুকি		
২. যাকাত		
৩. পুণ্ডর ফান্ড		
৪. ইনোসিস		
৫. স্পন্সরশিপ		
৬. অন্যান্য		
মোট		
অনুমোদিত টাকা কথায়:		

ম্যানেজার (একাউন্টস এন্ড এডমিন), বাংলাদেশ থ্যালাসিমিয়া ফাউন্ডেশন  
তারিখ:

সভাপতি  
পুণ্ডর ফান্ড/ যাকাত ফান্ড/ স্পন্সরশীপ ফান্ড/ ইনোসিস ফান্ড/ ভর্তুকি ফান্ড কমিটি  
তারিখ:

চেয়ারম্যান, বাংলাদেশ থ্যালাসিমিয়া ফাউন্ডেশন  
তারিখ: