বাংলাদেশ অবসরপ্রাপ্ত সরকারী কর্মচারী কল্যাণ সমিতি
অবসর ভবন
৭৫/এ, রোড নং ৫/এ, ধানমন্ডি আ/এ, ঢাকা-১২০৯
ফোন ঃ ০২২২২২৪০১৮৯, ৪৮১২২৯৮৭, ২২২২৪০১৪৪
Email: brgewa@gmail.com
Web : brgewa.com

পেনশনভোগী সদস্যের জটিল ও ব্যয়বহুল রোগের আর্থিক সাহায্য প্রদানের নীতিমালা

বাংলাদেশ অবসরপ্রাপ্ত সরকারী কর্মচারী কল্যাণ সমিতির বিগত ১২/১১/২০১৮ তারিখ কল্যাণ উপ-কমিটির সভার সুপারিশের অনুবৃত্তিক্রমে ১৩/১১/২০১৮ তারিখে কার্যনির্বাহী কমিটির সভায় অনুমোদনের পরিপ্রেক্ষিতে এবং বাংলাদেশ সরকারী কর্মচারী কল্যাণ বোর্ডের জটিল ও ব্যয়বহুল রোগের চিকিৎসা সাহায্যের শর্তাবলীর সঙ্গে সঙ্গতি রেখে জটিল ও ব্যয়বহুল রোগের চিকিৎসার নীতিমালা নিম্নে দেওয়া হলো । এই চিকিৎসায় জনপ্রতি অনধিক ৫০,০০০/- (পঞ্চাশ হাজার) টাকা প্রদান করা যাবে। তবে কেন্দ্রীয় সমিতি অধিক গুরুতর রোগীর বিষয়ে অধিক পরিমাণ সাহায্য প্রদান করতে পারে। কোন সদস্যের গুরুতর চিকিৎসার জন্য প্রশাসক/ সভাপতি এবং মহাসচিব যৌথভাবে একবারে অনধিক ১,০০,০০০/-(এক লক্ষ) টাকা তাৎক্ষণিকভাবে মঞ্জুর করতে পারবেন। তবে এ ব্যয়ের বিষয়টি সমিতির কার্যনির্বাহী কমিটির পরবর্তী সভায় ভূতাপেক্ষ অনুমোদন করিয়ে নিতে হবে।

যে সকল জটিল ও ব্যয়বহুল রোগের চিকিৎসার জন্য সাহায্যের আবেদন করা যাবে ঃ
ক্রমানুসারে বেশী গুরুত্ব পাবে

০১) ক্যান্সার ;
০২) কিডনি ঃ (ক) নেফরোলজি (ডায়ালাইসিসসহ) ;
(খ) ইউরোলজি (কিডনির পাথর/প্রস্টেট অপারেশন) ;
০৩) বাইপাস সার্জারী/হার্টের অপারেশন, রিং পরানো ;
০৪) ব্রেইন সার্জারী/ স্ট্রোক/স্পাইন সার্জারি ;
০৫) দুর্ঘটনাজনিত কারণে অঙ্গহানি/ আগুনো পোড়া/কৃত্রিম অঙ্গ সংযোজন ;
০৬) বক্ষ ও পেটে বড় অপারেশন ঃ পাকস্থলি/পিত্তথলি/প্যানক্রিয়াস/হেপাটাইটিস/ লিভার/কিডনি ;
০৭) কলোরেকটাল (পায়ুপথে) অপারেশন ;
০৮) চক্ষু/দন্তের জটিল রোগের অপারেশন ;
০৯) গাইনোকোলজিক্যাল অপারেশন ; এবং
১০) অন্যান্য জটিল ও ব্যয়বহুল চিকিৎসা।

<u>আবেদন দাখিলের শর্তাবলী ঃ</u>

০১) সমিতির সদস্য/সদস্যের স্পাউসগণ আবেদন দাখিল করতে পারবেন।
০২) সমিতির প্রশাসক/মহাসচিব বরাবরে নির্ধারিত ফরমে আবেদন করতে হবে।
০৩) সাদা কাগজে খরচের ব্যয় বিবরণী আবেদনের সাথে সংযুক্ত করতে হবে।
০৪) পেনশন বইয়ের ৩য় পাতা ও শেষ পাতার ফটোকপি অথবা সংশ্লিষ্ট প্রমাণক সংযুক্ত করতে হবে।
০৫) আবেদনকারী সরকারি হাসপাতাল অথবা সরকার অনুমোদিত বেসরকারি হাসপাতালের ভর্তি ও ছাড়পত্রের ফটোকপি।
০৬) আবেদনের সাথে ১ জুলাই, ২০২৪ তারিখ হতে চিকিৎসা সংক্রান্ত খরচের ক্রমিক নম্বরসহ মূল ভাউচার ও প্যাথলজি পরীক্ষার মূল ভাউচার সংযুক্ত করতে হবে।
০৭) জাতীয় পরিচয়পত্রের ফটোকপি।
০৮) সমিতির যে সকল সদস্য বিদেশে চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন তাঁরা কোনক্রমেই সমিতির চিকিৎসা সাহায্যের আওতাভূক্ত হবেন না।
০৯) বাংলাদেশ অবসরপ্রাপ্ত সরকারী কর্মচারী কল্যাণ সমিতির প্রত্যেক জেলা শাখা হতে দুই এর অধিক আবেদন প্রেরণ করা যাবেনা। এছাড়া জেলার কর্তৃপক্ষের অনুমোদন ব্যতীত কোন আবেদন কেন্দ্রীয় সমিতিতে আসলে কেন্দ্রীয় সমিতি বিবেচনার জন্য তা গ্রহণ করতে পারবে।

সংযুক্তি : ১। জটিল ও ব্যয়বহুল চিকিৎসার ফরম ০১টি।

২০/৮/২৪
প্রশাসক/মহাসচিব

ক্রমিক নং-

ফরম নং - ঘ

বাংলাদেশ অবসরপ্রাপ্ত সরকারী কর্মচারী কল্যাণ সমিতি
অবসর ভবন
৭৫/এ, রোড নং ৫/এ, ধানমন্ডি আ/এ, ঢাকা-১২০৯
ফোন ঃ ০২২২২২৪০১৮৯, ৪৮১২২৯৮৭, ২২২২৪০১৪৪
Email: brgewa@gmail.com
Web : brgewa.com

আবেদনকারী পেনশনার সদস্যের ছবি

বরাবর
প্রশাসক/মহাসচিব
বাংলাদেশ অবসরপ্রাপ্ত সরকারী কর্মচারী কল্যাণ সমিতি, ঢাকা।

কেন্দ্রীয় সমিতি, ঢাকা

বিষয় ঃ- পেনশনভোগী সদস্যগণের জটিল ও ব্যয়বহুল রোগের চিকিৎসার আর্থিক সাহায্যের আবেদন।

০১। ক) আবেদনকারী সদস্যের নাম ঃ

খ) সদস্যের ধরন ও সদস্য নং ঃ

গ) মোবাইল নং ঃ

ঘ) ই-মেইল ঠিকানা ঃ

০২। আবেদনকারীর পিতা/স্বামীর নাম ঃ

০৩। আবেদনকারী/ মূল চাকরিজীবী যে পদ হতে অবসর গ্রহণ করেছেন ঃ

০৪। আবেদনকারী /মূল চাকরিজীবীর সর্বশেষ কর্মস্থল ঃ

০৫। অবসর গ্রহণের তারিখ, পিপিও নম্বর ও তারিখ ঃ

০৬। আবেদনকারীর চিকিৎসা ভাতা ব্যতীত মাসিক নীট পেনশনের পরিমাণ ঃ
(পেনশন বইয়ের ফটোকপি, ট্রেজারী/ব্যাংকের নামসহ সংযুক্ত করতে হবে)

০৭ যারা এককালীন আনুতোষিক গ্রহণ করেছেন তাঁদের ক্ষেত্রে একটি উৎসব ভাতার পরিমাণ ঃ
(পেনশন বইয়ের এতদসংক্রান্ত পৃষ্ঠার ফটোকপি সংযুক্ত করতে হবে)।

০৮। সমিতির সাধারণ সদস্য হলে হালনাগাদ চাঁদা পরিশোধের প্রমাণক ঃ
(রশিদের ফটোকপি সংযুক্ত করতে হবে)

০৯। কী চিকিৎসার জন্য সাহায্য প্রয়োজন ঃ
(অসুস্থতার পূর্ণাঙ্গ বিবরণ)

১০। চিকিৎসা গ্রহণকারীর নাম ও আবেদনকারীর সাথে সম্পর্ক ঃ

১১। দাখিলকৃত ক্যাশমেমো/ভাউচারে মোট টাকার পরিমাণ ঃ

১২। ক) স্থায়ী ঠিকানা ঃ গ্রাম/সড়ক ঃ ডাকঘর ঃ

উপজেলা/থানা ঃ জেলা ঃ

১৩। খ) বর্তমান ঠিকানা ঃ গ্রাম/সড়ক ঃ ডাকঘর ঃ

উপজেলা/থানা ঃ জেলা ঃ

১৪। ইতঃপূর্বে জটিল ব্যয়বহুল চিকিৎসার জন্য কোন অর্থ সাহায্য পেয়ে থাকলে

বছর, অর্থের পরিমাণসহ তার বিবরণ ঃ

১৫। আবেদনকারীর পেনশন ব্যতীত অন্যান্য খাত হতে বার্ষিক আয়ের পরিমাণ (যদি থাকে) ঃ

১৬। আমি ঘোষণা করছি যে, আবেদনে উল্লিখিত তথ্যাদি সত্য। উপর্যুক্ত কোন তথ্যাদি অসত্য হলে কর্তৃপক্ষের সিদ্ধান্ত চূড়ান্ত বলে গণ্য হবে।

তারিখঃ

পেনশন ভোগীর নামসহ স্বাক্ষর

মোবাইল : ....

সংযুক্তি ঃ

(ক) সরকারি/সরকার অনুমোদিত বেসরকারি হাসপাতালে ভর্তি ও ছাড়পত্রের ফটোকপি।

(খ) আবেদনের সাথে চিকিৎসকের পরামর্শ / ব্যবস্থাপত্র / ডায়াগনিস্টিক রিপোর্ট মূল / ফটোকপি -------- প্রস্থ।

(গ) ১ জুলাই,২০২৪ তারিখ হতে ক্রমিক নং সম্বলিত মূল ক্যাশমেমো/ভাউচার ইত্যাদি ---------------- টাকার ------- প্রস্থ।

(ঘ) আবেদনারীর জাতীয় পরিচয়পত্রের ফটোকপি।

(ঙ) আবেদনকারীর পাসপোর্ট সাইজের ১ কপি ছবি।