

2564523/2022/SECTION(DOF)

আবেদন পত্র

(শ্রমিকদের জন্য)

প্রতি

যুগ্ম শ্রম মহাধ্যক্ষ / উপ শ্রম মহাধ্যক্ষ

_____, পশ্চিমবঙ্গ

বিষয়: পশ্চিমবঙ্গ সরকারের সিলিকোসিস কল্যাণ প্রকল্পের অন্তর্ভুক্ত ত্রাণ, পুনর্বাসন এবং চিকিৎসা সংক্রান্ত আবেদনপত্র।

মহাশয়/মহাশয়া,

আমি একজন পুরুষ / মহিলা / তৃতীয় লিঙ্গ (সঠিকটির উপর টিক ✓ চিহ্ন দিন), শ্রমিক নাম _____, বয়স _____ বছর, এই আবেদন পত্রটি সংযোজনী-১ এবং সংযোজনী-২ সহিত আপনার বিবেচনা এবং আর্থিক সহায়তার জন্য জমা করছি নিম্নলিখিত কল্যাণ সহায়তার জন্য (সঠিক টির পাশে ✓ টিক চিহ্ন দিন)

- ১. পুনর্বাসন সহায়তা
- ২. সিলিকোসিস পেনশন পুনর্বাসন সহায়তা
- ৩. সন্তানের পড়াশুনার জন্য আর্থিক সহায়তা
- ৪. মেয়ের বিয়ের জন্য 'কন্যাদান' সহায়তা
- ৫. কন্যার শিক্ষা এবং দক্ষতা বৃদ্ধি/উন্নয়নের জন্য প্রয়োজনীয় সহায়তা

প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা নেবার জন্য আপনাকে অনুরোধ জানাচ্ছি।

তারিখ:

আপনার অনুগত

স্থান:

(শ্রমিকের স্বাক্ষর অথবা
বাম হাতের আঙুলের টিপছাপ)(উপস্থিত সাক্ষীর সহ, যদি শ্রমিক টিপছাপ
দিয়ে থাকেন)শ্রমিকের নাম
(মোবাইল নং _____)

2564523/2022/SECTION(DOF)

সংযোজনী - ১

১. শ্রমিকের নাম -

২. জন্ম তারিখ -

৩. পুরুষ / মহিলা / তৃতীয় লিঙ্গ -

৪. বসবাসের ঠিকানা-

জেলা-

ব্লক -

শহর -

গ্রাম / এলাকা -

পিন কোড নং -

৫. আধার কার্ড নং (এক কপি আবেদনের সাথে যুক্ত করবেন) -

৬. ভোটার কার্ড নং (এক কপি আবেদনের সাথে যুক্ত করবেন) -

৭. প্যান নং (যদি থাকে, কপি দেবেন) -

৮. জেলা সিলিকোসিস রোগ নির্ণয় বোর্ডে উপস্থিত হয়েছিলেন ? - হ্যাঁ / না

৯. জেলা স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ দপ্তর দ্বারা প্রদত্ত সিলিকোসিস রোগ নির্ণয়ের
সার্টিফিকেট / শংসাপত্রের নং -১০. কোন শ্রেণীভুক্ত সিলিকোসিস রোগে আক্রান্ত ? (ক্ষতিপূরণ পাবার জন্য) (সঠিক টির পাশে টিক চিহ্ন দিন)ক. এ / বি / সি কোনো শ্রেণীভুক্ত নয় গ. বি শ্রেণীভুক্ত খ. এ শ্রেণীভুক্ত ঘ. সি শ্রেণীভুক্ত

১১. ব্যাঙ্ক একাউন্ট নং (পোশ বইয়ের প্রথম পাতার ছবি দেবেন) -

১২. ব্যাঙ্কের নাম এবং শাখার নাম -

১৩. ব্যাঙ্কের IFSC (আই. এফ. এস. সি) কোড নং -

১৪. বৈবাহিক অবস্থা - বিবাহিত / অবিবাহিত -

(পরের পাতায় দেখুন)

2564523/2022/SECTION(DOF)

:: ২ ::

১৫. শ্রমিকের পরিবারের অন্যান্য সদস্যদের বিবরণ

	নাম	জীবিত/মৃত	আধার নং
স্ত্রী বা স্বামী			
বাবা			
মা			
পুত্র (সবার নাম লিখবেন)			
কন্যা (সবার নাম লিখবেন)			

তারিখ:

আপনার অনুগ্রহ

স্থান:

(শ্রমিকের স্বাক্ষর অথবা
বাম হাতের আঙুলের টিপছাপ)(উপস্থিত সাক্ষীর সঙ্গে, যদি শ্রমিক টিপছাপ
দিয়ে থাকেন)

শ্রমিকের নাম

2564523/2022/SECTION(DOF)

সংযোজনী - ২

১. শ্রমিকের নাম -

২. জন্ম তারিখ -

৩. পুরুষ / মহিলা / তৃতীয় লিঙ্গ -

৪. বসবাসের ঠিকানা-

জেলা -

ব্লক -

শহর -

গ্রাম / এলাকা -

পিন কোড নং -

৫. আধার কার্ড নং / ভোটার কার্ড নং / প্যান নং - _____(সঠিক টির পাশে টিক চিহ্ন দিন) ও (এক কপি আবেদনের সাথে যুক্ত করবেন)৬. জেলা স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ দপ্তর দ্বারা প্রদত্ত সিলিকোসিস রোগ নির্ণয়ের
সার্টিফিকেট / শংসাপত্রের নং -

৭. নমিনি বা শ্রমিকের দ্বারা মনোনীত/স্বত্ত্বাধিকারী ব্যক্তির বিবরণ

নমিনির নাম	জন্ম তারিখ	লিঙ্গ	শ্রমিকের সঙ্গে নমিনির সম্পর্ক	আধার নং

৮. যদি নমিনি নাবালক হন তবে 'নমিনির' হয়ে যিনি অভিভাবক নিযুক্ত আছেন তাঁর নাম-

তারিখ:

আপনার অনুগত

স্থান:

(শ্রমিকের স্বাক্ষর অথবা
বাম হাতের আঙুলের টিপছাপ)(উপস্থিত সাক্ষীর সঙ্গে, যদি শ্রমিক টিপছাপ
দিয়ে থাকেন)

শ্রমিকের নাম