



সেনা কল্যাণ সংস্থা

এসকেএস টাওয়ার (১১ তলা),
৭ ভিআইপি রোড, মহাখালী ঢাকা-১২০৬।

বিদেশে চিকিৎসার আবেদনপত্র

১ম পরিচ্ছেদ

(সশস্ত্র বাহিনীর প্রাক্তন/অবসরপ্রাপ্ত সদস্য এবং তাহাদের পত্নীগণ কর্তৃক পূরণ করিতে হইবে)

- ১। রোগীর নাম : বয়স :
 - ২। রোগীর স্বামী/নিজ নং : পদবী :
 - নাম : কোর/রেজিমেন্ট :
 - ৩। সশস্ত্র বাহিনীতে যোগদানের তারিখ :
 - ৪। অবসর গ্রহণের তারিখ :
 - ৫। অবসর গ্রহণের কারণ :
 - ৬। শহীদ/মৃত সদস্যের মৃত্যুর তারিখ :
 - ৭। সনাক্তকরণ চিহ্ন :
 - ৮। স্থায়ী ঠিকানা :
গ্রাম : ডাকঘর :
 - থানা/উপজেলা : জেলা :
 - ৯। বর্তমান ঠিকানা :
 - টেলিফোন নম্বর (যদি থাকে) :
 - ১০। বর্তমান পেশা :
 - ১১। বার্ষিক আয় :
 - ১২। আয়ের উৎস : (চাকুরীর বেতন অথবা পেনশন এবং এতদ্ব্যতীত অন্য কোন আয়ের উৎস থাকিলে তাহা উল্লেখ করিতে হইবে)
ক।
খ।
গ।
 - ১৩। ইতিপূর্বে চিকিৎসাপ্রাপ্ত হইয়া থাকিলে তাহার বিবরণ :
 -
 -
- দ্রষ্টব্য : চিকিৎসা সম্পর্কিত নথিপত্র (যদি থাকে) যেমন, ব্যবস্থাপত্র, এক্স-রে, ল্যাবরেটরী পরীক্ষার ফলাফল ইত্যাদি অত্র আবেদনপত্রের সহিত সংযুক্ত করিতে হইবে।

প্রত্যায়নপত্র

আমি..... ঘোষণা করিতেছি যে, উপরের বিবরণ সম্পূর্ণ সত্য।

স্থান :

তারিখ :

(আবেদনকারীর স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ)

বিদেশে চিকিৎসা সুবিধা প্রাপ্তির নিয়মাবলী

- ১। সশস্ত্র বাহিনীর প্রাক্তন/অবসরপ্রাপ্ত সদস্য এবং তাহাদের পত্নীগণ বিদেশে অসাধারণ (বিশিষ্ট) রোগের চিকিৎসার জন্য সংস্থা হইতে আর্থিক সহায়তা পাওয়ার যোগ্য বলিয়া বিবেচিত হইবেন। তবে শৃংখলা জনিত কারণে চাকুরীচ্যুত (Dismissed) সদস্যগণ এই সুবিধা পাওয়ার যোগ্য নহে।
- ২। যে সমস্ত রোগের চিকিৎসা সম্মিলিত সামরিক হাসপাতাল বা দেশে সম্ভব নয় বলিয়া চিকিৎসা বিশেষজ্ঞ কর্তৃক মতামত প্রদান করিবেন সেইক্ষেত্রে সংশ্লিষ্ট রোগী সংস্থার নির্ধারিত বিদেশে চিকিৎসার আবেদনপত্র সংগ্রহ পূর্বক সঠিকভাবে পূরণ করিয়া সম্মিলিত সামরিক হাসপাতাল এর মাধ্যমে মেডিক্যাল বোর্ডের জন্য সেনাসদর, এজির শাখা, চিকিৎসা পরিদপ্তরে প্রেরন করিবেন।
- ৩। সেনাসদর, চিকিৎসা পরিদপ্তর সংশ্লিষ্ট রোগীর চিকিৎসা সংক্রান্ত নথিপত্র পর্যালোচনা করিয়া মেডিক্যাল বোর্ড গঠন করিবেন।
- ৪। মেডিক্যাল বোর্ড কর্তৃক বিদেশে চিকিৎসার সুপারিশ করা হইলে ডিএমএস (আর্মি) এর মতামত সহ প্রয়োজনীয় নথিপত্র সংযুক্ত করিয়া সেনা কল্যাণ সংস্থায় প্রেরন করিবেন। মেডিক্যাল বোর্ড কর্তৃক বিদেশে চিকিৎসার সুপারিশ না হইলে বোর্ড প্রসিডিং সহ আবেদনপত্র সেনা কল্যাণ সংস্থায় প্রেরন না করিয়া সেনাসদর, চিকিৎসা পরিদপ্তর কর্তৃক সরাসরি সংশ্লিষ্ট আবেদনকারীকে অবহিত করিবেন।
- ৫। সংশ্লিষ্ট রোগীর চিকিৎসা সংক্রান্ত নথিপত্র এবং মেডিক্যাল বোর্ড কর্তৃক সুপারিশ এবং ডিএমএস (আর্মি) এর মতামতের উপর ভিত্তি করিয়া সেনা কল্যাণ সংস্থার মতামত প্রদান সাপেক্ষে সভাপতি ব্যবস্থাপনা পরিষদের নিকট পেশ করিবেন।
- ৬। সভাপতি ব্যবস্থাপনা পরিষদ এর মতামতসহ সভাপতি অছি পরিষদ কর্তৃক অনুমোদিত হইলে মুঞ্জুরী অনুযায়ী সংশ্লিষ্ট আবেদনকারীকে প্রয়োজনীয় অর্থের চেক সেনা কল্যাণ সংস্থা প্রদান করিবে।
- ৭। আর্থিক মুঞ্জুরীর পর সংশ্লিষ্ট রোগীর চিকিৎসার প্রয়োজনে বিদেশে গমনের পাসপোর্ট, ভিসা ও সংশ্লিষ্ট হাসপাতালে ভর্তির সম্ভাব্য তারিখ সম্বলিত নথিপত্র সংস্থার কল্যাণ বিভাগে জমা করিলে মুঞ্জুরীকৃত অর্থ অবিনিমেয় চেকের মাধ্যমে প্রদান করা হইবে।
- ৮। মুঞ্জুরীকৃত টাকা প্রাপ্তির পর বিদেশে চিকিৎসা করিয়া সংশ্লিষ্ট দেশে অবস্থিত বাংলাদেশ দূতাবাস কর্তৃক স্বাক্ষরান্তে ৩ মাসের মধ্যে খরচকৃত টাকার বিল দাখিল করিতে হইবে।
- ৯। মুঞ্জুরীকৃত টাকা গ্রহণের পর ৬ মাসের মধ্যে বিল/ভাউচার দাখিল করিতে ব্যর্থ হইলে আইনানুগ ব্যবস্থা গ্রহণ করা হইবে।
- ১০। বিদেশে চিকিৎসার ক্ষেত্রে যাতায়াত বাবদ ব্যয়, হোটেল ভাড়া, খাওয়া এবং সহগামী (Attendant) জন্য কোন আর্থিক সহায়তা প্রদান করা হইবে না। সংস্থা কর্তৃক শুধুমাত্র চিকিৎসার ব্যয়ভার বহন করা হইবে।

২য় পরিচ্ছেদ

(রেকর্ডস/জেলা সশস্ত্র বাহিনী বোর্ড কর্তৃক পূরণ করিবেন)

- ১। ১ম পরিচ্ছেদে বর্ণিত তথ্যাদি আবেদনকারীর ছাড়পত্র/পেনশন বই হইতে পূরণ করা হইয়াছে এবং তাহা নির্ভুল।
- ২। বিদেশে চিকিৎসার প্রয়োজনে সেনা কল্যাণ সংস্থা হইতে আর্থিক সহায়তা প্রাপ্তির লক্ষ্যে প্রয়োজনীয় কার্যকরী ব্যবস্থা গ্রহণের জন্য সম্মিলিত সামরিক হাসপাতাল, ঢাকায় প্রেরণ করা হইল।

স্থান :.....

.....
রেকর্ডস/জেলা সশস্ত্র বাহিনী বোর্ড

তারিখ :.....

কর্তৃপক্ষের সীলমোহর সহ স্বাক্ষর

৩য় পরিচ্ছেদ

- ১। কোন বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক দ্বারা এই রোগের চিকিৎসা করিয়া থাকিলে বা চিকিৎসাধীন থাকিলে তাহার দ্বারা নিম্নলিখিত তথ্যগুলি পূরণ করিবেন :

ক। রোগের নাম :

খ। রোগের মেয়াদ :

গ। বর্তমান অবস্থা (ক্লিনিক্যাল) :

ঘ। পরীক্ষা/নিরীক্ষার ফলাফল :

(১) ল্যাবরেটরী পরীক্ষা :

(রক্ত, মলমূত্র ও অন্যান্য) :

(২) এক্স-রে, ইসিজি, এমআরআই, সিটি স্ক্যান ইত্যাদি :

(৩) অন্যান্য :

- ২। উক্ত রোগী দিন যাবত আমার চিকিৎসাধীন আছেন। তাহাকে নিম্নলিখিত চিকিৎসা প্রদান করা হইয়াছে :

স্থান :.....

তারিখ :.....

.....
(বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকের সীলমোহর সহ স্বাক্ষর)

৪র্থ পরিচ্ছেদ

(সম্মিলিত সামরিক হাসপাতাল কর্তৃপক্ষ পূরণ করিবেন)

- ১। রোগের নাম :
- ২। রোগের মেয়াদ :
- ৩। বর্তমান অবস্থা (ক্লিনিক্যাল) :
- ৪। পরীক্ষা/নিরীক্ষার ফলাফল :
- ক। ল্যাবরেটরী পরীক্ষা :
- (রক্ত, মলমূত্র ও অন্যান্য) :
- খ। এক্স-রে, ইসিজি, এমআরআই, সিটি স্ক্যান ইত্যাদি :
- গ। অন্যান্য :
- ৫। সংশ্লিষ্ট বিশেষজ্ঞের মতামত :

৬। সম্মিলিত সামরিক হাসপাতালে চিকিৎসা সম্ভব না হইলে যে হাসপাতালে চিকিৎসা সম্ভব উহার নাম ও ঠিকানা :
.....
.....

- ৭। চিকিৎসা বাবদ সর্বমোট ব্যয় :
- ক। অস্ত্রোপচার বাবদ ব্যয় :
- খ। হাসপাতালে অবস্থান বাবদ ব্যয় :
- গ। অন্যান্য :

দ্রষ্টব্য : সংশ্লিষ্ট কাগজপত্র অবশ্যই সংযুক্ত করিতে হইবে।

স্থান :

তারিখ :

.....
(কমান্ড্যান্ট এর সীলমোহর সহ স্বাক্ষর)