

(৬ষ্ঠ শ্রেণি থেকে স্নাতক/তদুর্ধ্ব)

(বি.দ্র. তারকা * চিহ্নিত ঘরসমূহ অবশ্যই পূরণ করতে হবে)

[illegible]

মাতারনাম (বাংলা): *																					
মাতারপেশা (বাংলা):																					
মাতারজাতীয়পরিচয়পত্রনং	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
মাসিকপারিবারিকআয় (ইংরেজি):																					
পরিবারেরমোটসদস্যসংখ্যা (ইংরেজি)																					
পিতা/মাতাউভয়েরঅবর্তমানেঅভিভাবকেরনাম (বাংলা):																					
অভিভাবকেরজাতীয়পরিচয়পত্র (এনআইডি) নং (ইংরেজি): *	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
পিতা/মাতা/অভিভাবকেরমোবাইলনম্বর (ইংরেজি):* মোবাইলনম্বর ১১ সংখ্যারহতেহবে।	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	0	1																		
0	1																				
ইমেইল (যদিথাকে)	Ex, abc@gmail.com																				
শারীরিক ও মানসিকঅক্ষমতা: *	☐ হ্যাঁ ☐ না																				
অন্যান্যবৃত্তি: *	☐ হ্যাঁ ☐ না																				
অনগ্রসরএলাকা:	☐ হ্যাঁ ☐ না																				
আবেদনেরকারণসমূহ: *	☐ দুরারোগ্যব্যাধি ☐ দৈবদুর্ঘটনা ☐ শিক্ষাগ্রহণকাজেব্যয় ☐ দুষ্ট ☐ মেধাবী ☐ প্রতিবন্ধী ☐ অসহায় ☐ রোগাগ্রস্থ ☐ গরীব ☐ অনগ্রসরসম্প্রদায়																				
শিক্ষার্থীরনিজবিভাগ: *																					

শিক্ষার্থীরনিজজেলা: *	
শিক্ষার্থীরনিজউপজেলা: *	
শিক্ষার্থীরবর্তমানঠিকানা (বাংলা): *	
শিক্ষার্থীরনিজনামে/ শিক্ষার্থীর সাথে (পিতা/মাতার) যৌথব্যাংকএকাউন্টনম্বর*	
ব্যাংকেরনাম*	
ব্যাংকেরশাখা*	
ব্যাংকেররাউটিংনম্বর*	
সংযুক্তি: <ul style="list-style-type: none"> ○ শিক্ষাপ্রতিষ্ঠান MICR চেকপাতারকপি ○ প্রতিষ্ঠানপ্রধান/বিভাগীয়প্রধানেরপ্রত্যয়নপত্র* ○ জন্মনিবন্ধনসনদ/জাতীয়পরিচয়পত্রেরকপি* 	

আবেদনকারীশিক্ষক/কর্মচারীরস্বাক্ষর ও তারিখ

প্রতিষ্ঠানপ্রধানেরস্বাক্ষর ও সিল

বেসরকারিশিক্ষাপ্রতিষ্ঠানেরশিক্ষক-কর্মচারীদের আর্থিক অনুদান

(বি.দ্র. তারকা * চিহ্নিত ঘরসমূহ অবশ্যই পূরণ করতে হবে)

প্রতিষ্ঠানসংক্রান্ততথ্য	
শিক্ষাপ্রতিষ্ঠানপ্রধানেরমোবাইলনম্বর *	0 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
শিক্ষাপ্রতিষ্ঠানের EIIN *	
শিক্ষাপ্রতিষ্ঠানেরনাম (বাংলা)	
শিক্ষা প্রতিষ্ঠানের নাম (ইংরেজি)	
শিক্ষা প্রতিষ্ঠানের স্তর	○ নিম্নমাধ্যমিক

	☐ মাধ্যমিক ☐ উচ্চমাধ্যমিক ☐ ডিগ্রী (পাশ) ☐ স্নাতক ও স্নাতকোত্তর																				
শিক্ষা প্রতিষ্ঠানের বিভাগ																					
শিক্ষা প্রতিষ্ঠানের জেলা																					
শিক্ষাপ্রতিষ্ঠানের উপজেলা/থানা																					
শিক্ষক/কর্মচারীর ব্যক্তিগত ও চাকরির তথ্য																					
শিক্ষক/কর্মচারীর নাম (বাংলায়) *																					
শিক্ষক/কর্মচারীর নাম (ইংরেজি) *																					
শিক্ষক/কর্মচারীর পদবী																					
শিক্ষক/কর্মচারীর ইনডেক্স নম্বর (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)																					
প্রতিষ্ঠানে যোগদানের তারিখ) *	(DD/MM/YYYY																				
জন্ম তারিখ*	(DD/MM/YYYY																				
ই-মেইল	abc@gmail.com)																				
আবেদনকারীর বর্তমান ঠিকানা *																					
আবেদনকারীর স্থায়ী ঠিকানা*																					
জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর (ইংরেজি) *	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
মোবাইল নম্বর (ইংরেজি) *	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	0	1																		
0	1																				
আবেদনের কারণসমূহ *	☐ দৈবদুর্ঘটনা ☐ দুরারোগ্য ব্যাধি																				
আবেদনের যৌক্তিকতা (বাংলায়) *																					
শিক্ষক/কর্মচারীর নিজস্ব ব্যাংক একাউন্ট নম্বর*																					
ব্যাংকের নাম*																					
ব্যাংকের শাখা*																					
ব্যাংকের রাউটিং নম্বর*																					
সংযুক্তি:	☐ শিক্ষাপ্রতিষ্ঠান MICR চেকপাতার কপি																				

- জাতীয়পরিচয়পত্রেরকপি *
- চিকিৎসাসংক্রান্তপ্রয়োজনীয়কাগজপত্র (প্রতিষ্ঠানপ্রধান / বিভাগীয়প্রধানকর্তৃকসত্যায়িতকপি) *

আবেদনকারীশিক্ষক/কর্মচারীরস্বাক্ষর ও তারিখ

প্রতিষ্ঠানপ্রধানেরস্বাক্ষর ও সিল