



বাংলাদেশ বিদ্যুৎ উন্নয়ন বোর্ড BANGLADESH POWER DEVELOPMENT BOARD

স্মারক নং-২৭.১১.০০০০.২১১.০২.০০১.২৩-৪২

তারিখ: ১১/০৭/২০২৩ খ্রি:

অফিসঃ
শ্রম ও কল্যাণ পরিদপ্তর
ওয়াপদা ভবন(১০ম/১১শ তলা)
মতিঝিল, ঢাকা-১০০০।

সাকুলার

গত ২৯/০৮/২০২২ খ্রি: তারিখে অনুষ্ঠিত ১৯৫৮-তম সাধারণ বোর্ড সভায় অনুমোদিত বাংলাদেশ বিদ্যুৎ উন্নয়ন বোর্ডের কেন্দ্রীয় কর্মচারী চিকিৎসা ও কল্যাণ তহবিল নীতিমালা-২০২৩ অনুযায়ী বোর্ডের কর্মকর্তা/কর্মচারীগণ আবেদন ফরম-৭ এবং বিল ফরম-৭ যথাযথভাবে পূরণ করে প্রেরণ করছেন না। ফলে কর্মকর্তা/কর্মচারীর ইআরপি নম্বর, মোবাইল নম্বর, জাতীয় পরিচয়পত্রসহ প্রয়োজনীয় তথ্য বিল ফরম-৭ এ না থাকার কারণে বিউবো চিকিৎসা ও কল্যাণ তহবিল সফ্টওয়্যারে এন্ট্রি দেওয়া সম্ভব হচ্ছে না।

এমতাবস্থায়, বোর্ডের সকল কর্মকর্তা/কর্মচারীগণের চিকিৎসা, শিক্ষা, ৪র্থ শ্রেণীর মেয়ের বিবাহ এবং লাশ পরিবহন ও দাফন কাফনের আবেদন কেন্দ্রীয় কর্মচারী চিকিৎসা ও কল্যাণ তহবিল নীতিমালা-২০২৩ অনুযায়ী প্রেরণ করতে হবে। অন্যথায় আবেদন বিবেচিত হবে না।

লিঙ্গেশ্বরমে,

১১/০৭/২০২৩

(মোঃ মিজুনুর রহমান)

পরিচিতি নং-০২-০২১২

উপ-পরিচালক-১

শ্রম ও কল্যাণ পরিদপ্তর,

বিউবো, ঢাকা

ফোন : ৫৭১৬৪৩৩৫

তারিখ: ১১/০৭/২০২৩ খ্রি:

স্মারক নং-২৭.১১.০০০০.২১১.০২.০০১.২৩-৪২

সদয় অবগতি ও পরবর্তী প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণের জন্য অনুলিপি প্রেরণ করা হলো :-

- ১) প্রধান প্রকৌশলী/ প্রকল্প সমষ্টকারী (পঃ প্রকৌঃ)/অতিঃ পঃ প্রকৌঃ, বিউবো,।
- ২) মহা-ব্যবস্থাপক, বাণিজ্যিক পরিচালন/প্রশিক্ষণ, বিউবো, ঢাকা।
- ৩) নিয়ন্ত্রক, হিসাব ও অর্থ, বিউবো, ঢাকা।
- ৪) প্রধান চিকিৎসা কর্মকর্তা, বিউবো, ঢাকা।
- ৫) সচিব, বিদ্যুৎ উন্নয়ন বোর্ড, ঢাকা।
- ৬) সিএসও-টু-চেয়ারম্যান, বিউবো, ঢাকা।
- ৭) পরিচালক, পরিদপ্তর, বিউবো,।
- ৮) সিনিয়র সিস্টেম এনালিষ্ট, ঢাকা কম্পিউটার কেন্দ্র, বিউবো, ঢাকা।
- ৯) ব্যবস্থাপক/তত্ত্বাবধায়ক প্রকৌশলী, বিউবো,।
- ১০) উপ-সচিব, প্রশাসন/অর্থ/পিএন্ডডি/উৎপাদন/বিতরণ/কোম্পানী এ্যাফেয়ার্স/বোর্ড/আইন, বিউবো, ঢাকা।
- ১১) উপ-পরিচালক/নির্বাহী প্রকৌশলী, বিউবো,।
- ১২) উপ-পরিচালক (হিসাব), আঞ্চলিক হিসাব দপ্তর, বিউবো,।

১১/০৭/২০২৩

(মোঃ সেলিম ফরাজী)

সহকারী পরিচালক-১ (অতিঃ দাঃ)

শ্রম ও কল্যাণ পরিদপ্তর,

বিউবো, ঢাকা।

ফোন : ৯৫৬৬০৬১-৫/৩৩৪

কল্যাণ তহবিল হইতে অনুদান প্রাপ্তির আবেদন (নমুনা ছক ‘ঘ’)

ক্রমিক নং	নাম, পদবী, ইআরপি নম্বর ও দণ্ডনির্ণয়	অনুদান প্রার্থনার কারণ	ইতোপূর্বে অনুদান পাইয়া থাকিলে তাহার বিবরণ (দঙ্গরাজ্যে নং ও তারিখ)	নিয়ন্ত্রণকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষর
১	২	৩	৪	৫
১।				

আবেদনকারীর স্বাক্ষর ও তারিখ

নিয়ন্ত্রণকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষর ও তারিখ

বাংলাদেশ বিদ্যুৎ উন্নয়ন বোর্ড
চিকিৎসা প্রতিপূরণ বিল ফরম
(প্রত্যেক রোগীর জন্য পৃথক বিল পেশ করিতে হইবে)

১। অফিসের নাম :

২। কর্মকর্তা/কর্মচারীর নাম :

পদবী :

৩। রোগীর নাম:

সম্পর্ক :

৪। ইআরপি নম্বরঃ

৫। মোবাইল নম্বরঃ

৬। ই-মেইলঃ

ক্রমিক নং	ভাউচার নং	তারিখ	টাকার পরিমাণ
১	২	৩	৮
১.			
২.			
৩.			
৪.			
৫.			
৬.			
৭.			
৮.			
৯.			
১০.			
১১.			
১২.			
১৩.			
১৪.			
১৫.			
১৬.			
১৭.			
১৮.			
১৯.			
মোট=			
কথায়ঃ			

এতদ্বারা প্রত্যায়িত করা যাইতেছে যে, আমার নিজ/স্বামী/স্ত্রী/মেয়ে/পিতা/মাতা আমার সহিত বসবাস করে এবং সম্পূর্ণ
রূপে আমরা উপর নির্ভরশীল।

কর্মকর্তা/কর্মচারীর স্বাক্ষর
তারিখঃ

প্রত্যায়িত করা যাইতেছে যে, পূর্ব পৃষ্ঠায় বর্ণিত ভাউচারে অন্তর্ভুক্ত ঔষধ/ভেজ ইত্যাদি, যাহার মূল্য কর্মকর্তা
নিজ/স্ত্রী/পুত্র/কন্যা/পিতা/মাতার আরোগ্য এবং শারীরিক অবনতি রোধের জন্য আমার দ্বারা ব্যবস্থিত হইয়াছিল এবং ঐ সমস্ত
ঔষধ/ভেজ ইত্যাদি জাতীয় গণ্য নয়/প্যাথলজিক্যাল/চিকিৎসাকের পরিদর্শন ও ইনজেকশন প্রয়োগের জন্য
প্রয়োজনীয় বিল।

নিয়ন্ত্রনকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষরঃ

অনুমোদিত চিকিৎসকের স্বাক্ষরঃ

পদবীঃ.....

পদবীঃ.....

তারিখঃ

তারিখঃ