

বেসরকারি শিক্ষা প্রতিষ্ঠানের শিক্ষক-কর্মচারীদের আর্থিক অনুদান

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

প্রতিষ্ঠান সংক্রান্ত তথ্য																			
শিক্ষা প্রতিষ্ঠান প্রধানের মোবাইল নম্বর *	<table><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></tr></table>	0	1																
0	1																		
শিক্ষা প্রতিষ্ঠানের EIIN *																			
শিক্ষা প্রতিষ্ঠানের নাম (বাংলা)																			
শিক্ষা প্রতিষ্ঠানের নাম (ইংরেজি)																			
শিক্ষা প্রতিষ্ঠানের স্তর	☐ নিম্ন মাধ্যমিক ☐ মাধ্যমিক ☐ উচ্চ মাধ্যমিক ☐ ডিগ্রী (পাশ) ☐ স্নাতক ও স্নাতকোত্তর																		
শিক্ষা প্রতিষ্ঠানের বিভাগ																			
শিক্ষা প্রতিষ্ঠানের জেলা																			
শিক্ষা প্রতিষ্ঠানের 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><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></tr></table>																		
মোবাইল নম্বর (ইংরেজি) *	<table><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></tr></table>	0	1																
0	1																		
আবেদনের কারণসমূহ *	☐ দৈব দুর্ঘটনা ☐ দুরারোগ্য ব্যাধি																		
আবেদনের যৌক্তিকতা (বাংলায়) *																			
শিক্ষক/কর্মচারীর নিজস্ব ব্যাংক একাউন্ট নম্বর *																			
ব্যাংকের নাম *																			

ব্যাংকের শাখা *	
ব্যাংকের রাউটিং নম্বর *	
সংযুক্তি : ○ শিক্ষা প্রতিষ্ঠান MICR চেক পাতার কপি ○ জাতীয় পরিচয়পত্রের কপি * ○ চিকিৎসা সংক্রান্ত প্রয়োজনীয় কাগজপত্র (প্রতিষ্ঠান প্রধান / বিভাগীয় প্রধান কর্তৃক সত্যায়িত কপি) *	

আবেদনকারী শিক্ষক/কর্মচারীর স্বাক্ষর ও তারিখ

প্রতিষ্ঠান প্রধানের স্বাক্ষর ও সিল