

বাংলাদেশ কৃষি উন্নয়ন কর্পোরেশন (বিএডিসি)



কৃষি ভবন

৪৯-৫১ দিলকুশা, ঢাকা

(সংগঠন ও ব্যবস্থাপনা বিভাগ)

ওয়েব সাইট: www.badc.gov.bd

স্মারক নং- ১২.০৬.০০০০.২০৫.০৬.০১০.১৯.১৫০

তারিখ: ২০ আষাঢ়, ১৪২৬
০৪ জুলাই, ২০১৯

পরিপত্র

বিষয়: কর্মচারী কল্যাণ ও অনুদান তহবিল হতে সাহায্য/অনুদান প্রদানের নীতিমালা।

ক. সংস্থায় চাকুরিরত অবস্থায় কর্মকর্তা/কর্মচারীর মৃত্যু হলে তার দাফন-কাফন/সংকারের ব্যয় নির্বাহের জন্য পরিবারের মনোনীত ব্যক্তি/নামিনির আবেদনক্রমে সাহায্য বাবদ এককালীন ১০,০০০/- টাকা প্রদান করা হবে।

খ. সংস্থায় চাকুরিরত কর্মকর্তা/কর্মচারীর জটিল ও ব্যয়বহুল রোগ যেমনঃ- হার্ট এটাক, ব্রেইন স্টোক, বাইপাস সার্জারি, হার্টে রিং পড়ানো, ক্যান্সার, কিডনি ডায়ালাইসিস, কিডনি ট্রান্সফার, মারাত্মক দুর্ঘটনাজনিত কারণে অঙ্গহানি এর চিকিৎসা বাবদ প্রতি আর্থিক বৎসরে একবার সর্বোচ্চ ২৫,০০০/- টাকা প্রদান করা যেতে পারে।

গ. সংস্থায় চাকুরিরত কর্মকর্তা/কর্মচারীর সাধারণ চিকিৎসা অথবা তার উপর নির্ভরশীল পরিবারের সদস্য যেমনঃ স্ত্রী, সন্তান, পিতা-মাতার চিকিৎসা সাহায্য বাবদ প্রতি আর্থিক বৎসরে একবার সর্বোচ্চ ১৫,০০০/- টাকা প্রদান করা যেতে পারে।

ঘ. ১৭-২০তম গ্রেডের কর্মচারীর ক্ষেত্রে চাকরি জীবনে কেবলমাত্র একটি মেয়ের বিবাহ উপলক্ষে এককালীন সর্বোচ্চ ১০,০০০/- টাকা অনুদান/সাহায্য প্রদান করা হবে।

ঙ. নীতিমালা বহির্ভূত অন্য কোন বিশেষ ক্ষেত্রে এতদসংক্রান্ত সুপারিশ কমিটির সুপারিশের আলোকে চেয়ারম্যান, বিএডিসির নিজ বিবেচনায় প্রদেয় হবে।

চ. এ তহবিল হতে অনুদান প্রদানের এখতিয়ার সংস্থার চেয়ারম্যান, বিএডিসি'র উপরে ন্যাস্ত থাকবে।

ছ. চিকিৎসা সংক্রান্ত বিষয়ে কল্যাণ ও তহবিল থেকে অনুদান প্রদানের ক্ষেত্রে সংস্থার প্রধান চিকিৎসক কর্তৃক আবেদনকারীর (নিজের/নির্ভরশীল পরিবারের সদস্য) রোগ ও রোগের চিকিৎসা ব্যয় সংক্রান্ত বিষয়ে সুনির্দিষ্ট প্রস্তাব সুপারিশ কমিটিতে পেশ করবেন।

জ. চিকিৎসা সাহায্যের বিষয়ে আবেদনপত্রের সাথে সংযুক্ত প্রমাণপত্র হিসেবে চিকিৎসকের ব্যবস্থাপত্র/টেস্ট রিপোর্টের সত্যায়িত কপি এবং বিল-ভাউচার (মূল কপি) ইত্যাদি বিবেচনা করা হবে। চিকিৎসার ০১ (এক) বছরের মধ্যে আবেদন করতে হবে।

ঝ. কর্মচারী কল্যাণ ও অনুদান তহবিল থেকে অনুদান প্রতি আর্থিক বছরে একবারের বেশি কাউকে প্রদান করা হবে না।

ঞ. কর্মকর্তা/কর্মচারীগণের আবেদন নির্দিষ্ট (ফরম-১, ফরম-২) ফরমে স্বয়ংসম্পূর্ণভাবে পূরণ করে জমা দিতে হবে। সদর দপ্তরের ক্ষেত্রে বিভাগীয় প্রধানের মাধ্যমে এবং মফস্বল অফিসের ক্ষেত্রে নিয়ন্ত্রণকারী কর্মকর্তার (আহরণ ও ব্যয়ন অফিসারের নিচে নয়) মাধ্যমে সচিব, বিএডিসি বরাবরে প্রেরণ করতে হবে।

ট. এতদসংক্রান্ত বিষয়ে সচিব, বিএডিসিকে আহ্বায়ক করে গঠিত ০৫ সদস্যবিশিষ্ট সুপারিশ কমিটির সুপারিশ/প্রস্তাব এবং চেয়ারম্যান, বিএডিসি'র অনুমোদনের প্রেক্ষিতে সাহায্য/অনুদান প্রদেয় হবে। তবে ব্যতিক্রম ক্ষেত্র হিসেবে চেয়ারম্যান, বিএডিসি'র সুপারিশ কমিটির সুপারিশ/প্রস্তাব হ্রাস/বৃদ্ধির ক্ষমতা সংরক্ষণ করেন। জরুরী প্রয়োজনে চেয়ারম্যান, বিএডিসি প্রশাসনিক নিয়মে/ক্ষমতাবলে এককভাবে সাহায্য/অনুদান প্রদানের ক্ষমতা সংরক্ষণ করেন।

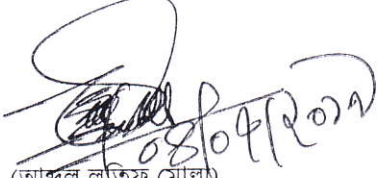
ঠ. কর্মকর্তা/কর্মচারীগণের আবেদনের প্রেক্ষিতে অনুমোদিত সাহায্য/অনুদানের টাকা অর্থ বিভাগের মঞ্জুরির আলোকে আবেদনকারীর ব্যাংক হিসাবের অনুকূলে হিসাব বিভাগ থেকে চেকের মাধ্যমে প্রদেয় হবে।

Proqamman
7.19

[Signature]

০২. ইতোপূর্বে জারীকৃত স্মারক নং নিক (ক) ২৩/৩/৮৮-৮৯/৭৪৫, তারিখ ০৫ নভেম্বর, ১৯৮৮ এতদ্বারা বাতিল বলে গণ্য হবে।

০৩. সংস্থার পরিচালনা পর্যদের ১৩ মে, ২০১৯ তারিখের সভায় অনুমোদনক্রমে জারীকৃত এ নীতিমালা অবিলম্বে কার্যকর হবে।



(আব্দুল লতিফ মোল্লা)

সচিব

বিএডিসি, ঢাকা।

ফোন নং-৯৫৬৪৩৫৯

secretary@badc.gov.bd

স্মারক নং- ১২.০৬.০০০০.২০৫.০৬.০১০.১৯.৯৫০

তারিখ: ২০ আষাঢ়, ১৪২৬
০৪ জুলাই, ২০১৯

অবগতি ও প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণের জন্য অনুলিপি প্রেরণ করা হলো (জ্যেষ্ঠতার ক্রমানুসারে নয়):

১।

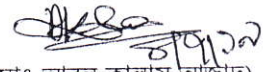
.....বিএডিসি, ঢাকা।

(সকল দপ্তর/বিভাগীয় প্রধান)

২। প্রধান (মনিটরিং), মনিটরিং বিভাগ, বিএডিসি, ঢাকা (ওয়েবসাইটে প্রকাশের জন্য)।

৩। চেয়ারম্যান মহোদয়ের একান্ত সচিব, বিএডিসি, ঢাকা (চেয়ারম্যান মহোদয়ের সদয় অবগতির জন্য)।

৪। সদস্য পরিচালক (স্কুদ্রসেচ/বীজ ও উদ্যান /অর্থ/সার ব্যবস্থাপনা)/সচিব মহোদয়ের সহকারী ব্যক্তিগত কর্মকর্তা, বিএডিসি, ঢাকা।



(মোঃ আবুল কালাম আজাদ)

যুগ্মপরিচালক (সওব্যা)

বিএডিসি, ঢাকা।

ফোন নং-৯৫৫১৯০৬

বাংলাদেশ কৃষি উন্নয়ন কর্পোরেশন

আবেদনকারীর পাসপোর্ট
সাইজের ১(এক) কপি
সত্যায়িত ছবি

চাকুরিরত অবস্থায় মৃত্যুবরণকৃত কর্মকর্তা/কর্মচারীগণের দাফন-কাফন/অন্ত্যেষ্টিক্রিয়া বাবদ আর্থিক
সাহায্যের আবেদনপত্র।

অংশ-ক
আবেদনকারী কর্তৃক পূরণ করতে হবে

০১।	(ক) আবেদনকারীর নাম (মৃতের মনোনীত ব্যক্তি/নমিনি)	:	
	(খ) আবেদনকারীর সাথে মৃত ব্যক্তির সম্পর্ক	:	
	(গ) আবেদনকারীর ব্যাংক হিসাব নম্বর, ব্যাংকের নাম, শাখার নাম ও ঠিকানা	:	
০২।	(ক) মৃত কর্মকর্তা/কর্মচারীর নাম	:	
	(খ) মৃত্যুর তারিখ (রেজিস্টার্ড ডাক্তার/ স্থানীয় চেয়ারম্যান/ পৌরসভার কাউন্সিলর কর্তৃক প্রদত্ত মৃত্যু সনদের সত্যায়িত কপি সংযুক্ত করতে হবে)	:	
০৩।	(ক) মৃত কর্মকর্তা/কর্মচারীর জন্ম তারিখ	:	
	(খ) চাকুরিতে যোগদানের তারিখ	:	
	(গ) পদবি	:	
	(ঘ) অফিসের ঠিকানা(মৃত্যুকালীন সময়)	:	
	(ঙ) বেতন স্কেল ও মূল বেতন	:	

আমি এই মর্মে অঙ্গীকার করছি যে, উপরে বর্ণিত সকল বিবরণ/তথ্যাদি আমার জ্ঞান ও বিশ্বাসমতে সত্য এবং
আমি কোনো তথ্য গোপন করিনি।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর

অফিস/বর্তমান ঠিকানা

ফোন/মোবাইল নম্বর (বাধ্যতামূলক)

অংশ-খ
আবেদনকারীর অফিস প্রধানের সনদপত্র

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, অত্র কার্যালয়ের জনাব
... .. পদবি গত তারিখে মৃত্যুবরণ করেন। তার
দাফন-কাফন/অন্ত্যেষ্টিক্রিয়া বাবদ বিধি মোতাবেক আর্থিক সাহায্য মঞ্জুর করার অনুরোধ করা যাচ্ছে।

অফিস প্রধানের স্বাক্ষর ও
নামযুক্ত সিল/ঠিকানাঃ

ফোন/মোবাইল নম্বর (বাধ্যতামূলক)
ই-মেইল ঠিকানা (যদি থাকে)

নিয়মাবলিঃ

১. রেজিস্টার্ড ডাক্তার কর্তৃক প্রদত্ত মৃত্যুর সনদের সত্যায়িত কপি সংযুক্ত করতে হবে।
২. মৃতদেহ অন্যত্র বহন করলে মূল ট্রাক ভাউচার সংযুক্ত করতে হবে। ট্রাক ভাউচারে মৃতদেহের নাম উল্লেখ থাকতে হবে।
৩. মৃত্যুর এক বৎসরের মধ্যে আবেদন করতে হবে।
৪. আবেদনপত্র অফিস কর্তৃপক্ষের ফরওয়ার্ডিং লেটারের মাধ্যমে সচিব, বিএডিসি বরাবরে প্রেরণ করতে হবে।
৫. আবেদনপত্রের প্রতিটি কলাম সঠিক তথ্যসহ যথাযথভাবে পূরণ এবং ব্যাংক হিসাব নম্বরের তথ্য সংক্রান্ত ১(গ) অংশ অবশ্যই পূরণ করতে হবে। অসম্পূর্ণ/সন্দেহযুক্ত/ক্রটিপূর্ণ আবেদনপত্র বাতিল বলে গণ্য হবে।
৬. আবেদনপত্র www.badc.gov.bd ওয়েবসাইট থেকে সংগ্রহ করা যাবে।





বাংলাদেশ কৃষি উন্নয়ন কর্পোরেশন

ফরম নং - ০২

আবেদনকারীর পাসপোর্ট
সাইজের ১(এক) কপি
সত্যায়িত ছবি

কর্মকর্তা/কর্মচারী কল্যাণ ও অনুদান তহবিল হতে সাহায্যের আবেদনপত্র।

০১।	(ক) কর্মচারীর নাম	:	
	(খ) পিতার/স্বামীর নাম	:	
	(গ) পদবি	:	
	(ঘ) ব্যাংক হিসাব নম্বর, ব্যাংকের নাম, শাখার নাম ও ঠিকানা	:	
০২।	অফিসের নাম ও ঠিকানাঃ	:	
০৩।	মূল বেতন ও বেতন স্কেল	:	
০৪।	(ক) চিকিৎসা সাহায্যের ক্ষেত্রে: (আবেদনকারী নিজে) নাম	:	
	(খ) চিকিৎসার বিবরণ(ক্লিনিক বা হাসপাতালে ভর্তি হয়ে থাকলে ক্লিনিক বা হাসপাতালের নামসহ)	:	
	(গ) সিজার হলে কততম সিজার ও কততম সন্তান	:	
	মোট খরচের পরিমাণ (তালিকাসহ ভাউচার মূলকপি সংযুক্ত)	:	
০৫।	(ক) চিকিৎসা সাহায্যের ক্ষেত্রে:(নির্ভরশীল ব্যক্তি) নাম	:	
	(খ) রোগীর সাথে কর্মচারীর সম্পর্ক	:	
	(গ) চিকিৎসার বিবরণ(ক্লিনিক বা হাসপাতালে ভর্তি হয়ে থাকলে ক্লিনিক বা হাসপাতালের নামসহ)	:	
	মোট খরচের পরিমাণ (তালিকাসহ ভাউচার মূলকপি সংযুক্ত)	:	
০৬।	(ক) মেয়ের বিবাহের সাহায্যের ক্ষেত্রে মেয়ের নাম (শুধুমাত্র ১৮-২০ গ্রেডের কর্মচারীর ক্ষেত্রে)	:	
	(খ) বিবাহের তারিখ	:	
	(গ) আবেদনকারীর সন্তানের বিবরণ	:	
০৭।	কর্মচারী কল্যাণ ও অনুদান তহবিল হতে ইতঃপূর্বে চিকিৎসা সাহায্য পেলে তার বিবরণ	:	টাকার পরিমাণ বিবরণঃ
			তারিখ

আমি এই মর্মে অঙ্গীকার করছি যে, উপরে বর্ণিত সকল বিবরণ/তথ্যাদি আমার জ্ঞান ও বিশ্বাসমতে সত্য এবং আমি কোনো তথ্য গোপন করিনি।

তারিখ

কর্মচারীর স্বাক্ষর

নাম:

পদবি:

কর্মস্থল:

(বিভাগ/অফিস প্রধান কর্তৃক পূরণ করতে হবে)

প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম পদবি... ..
... উইং/ বিভাগ/দপ্তর/কার্যালয়... .. চাকরি করেন এবং তার
বর্তমান মাসিক মূল বেতন টাকা এবং তিনি গ্রেডের
কর্মকর্তা/কর্মচারী। অপর পৃষ্ঠায় তার প্রদত্ত বিবরণ সত্য। (পরিবারের সদস্যের ক্ষেত্রে) তিনি তার স্ত্রী/ছেলে/মেয়ে/মা/বাবা এর
চিকিৎসার জন্য সাহায্য প্রার্থনা করা হয়েছে। রোগী উপরোক্ত কর্মচারীর ওপর সম্পূর্ণ নির্ভরশীল।

স্বাক্ষর
তারিখঃ পদবি ও নামযুক্ত সিল
কার্যালয়ের ঠিকানা
ফোন/মোবাইল নং (বাধ্যতামূলক)

প্রধান চিকিৎসকের মতামত:

জনাব/বেগম পদবি... ..
কর্মস্থল... .. এ চাকরি করেন। তিনি/ তার
স্ত্রী/ছেলে/মেয়ে/মা/বাবা রোগে
ভুগছেন। এ রোগের চিকিৎসার জন্য আনুমানিক টাকা খরচ হবে/হয়েছে। আবেদনের
সাথে সংযুক্ত কাগজপত্র
.....।

স্বাক্ষর
পদবি ও নামযুক্ত সিল

আবেদন করার নিয়মাবলিঃ

- ১। প্রতি অর্থ বছরে একবার এ সাহায্য দেয়া হয়।
- ২। আবেদনের সঙ্গে প্রয়োজনীয় যে সমস্ত কাগজপত্র সংযুক্ত করতে হবেঃ-
 - (ক) ডাক্তারি ব্যবস্থাপত্রের এবং টেস্ট রিপোর্টের সত্যায়িত ফটোকপি।
 - (খ) ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী ঔষধ ক্রয়ের মূল ভাউচার।
 - (গ) ক্লিনিক বা হাসপাতালে ভর্তি হয়ে থাকলে ক্লিনিক বা হাসপাতালের মূল ছাড়পত্র।
 - (ঘ) যাবতীয় খরচের হিসাব সম্বলিত স্বাক্ষরযুক্ত ব্যয় বিবরণী।
 - (ঙ) বিদেশে চিকিৎসা করা হলে বিদেশ গমনের অনুমতিপত্র।
 - (চ) পিতা/মাতার ক্ষেত্রে নির্ভরশীলতার প্রত্যয়নপত্র।
 - (ছ) মেয়ের বিবাহের ক্ষেত্রে নিকাহনামা/কাবিননামার ছায়ািলিপি সংযুক্ত(বাধ্যতামূলক)।
 - (জ) চিকিৎসার ১(এক) বছরের মধ্যে সাহায্যের আবেদন করতে হবে।
- ৩। আবেদন ফরমের প্রতিটি কলাম সঠিক তথ্যসহ যথাযথভাবে পূরণ এবং ব্যাংক হিসাব নম্বরের তথ্য সংক্রান্ত ১(ঘ) অংশ অবশ্যই পূরণ করতে হবে। অসম্পূর্ণ/সন্দেহযুক্ত/ত্রুটিপূর্ণ আবেদনপত্র বাতিল বলে গণ্য হবে।
- ৪। আবেদনের ফরম www.badc.gov.bd ওয়েবসাইট থেকে সংগ্রহ করা যাবে।