



হিন্দুধর্মীয় কল্যাণ ট্রাস্ট

ধর্ম বিষয়ক মন্ত্রণালয়

১/আই, পরিবাগ, ঢাকা-১০০০

www.hindutrust.gov.bd



সনাতন ধর্মাবলম্বী অসচ্ছল ব্যক্তির আর্থিক সহায়তার আবেদন ফরম

১। আবেদনকারীর নাম : -----

(ইংরেজিতে): -----

২। পিতা/স্বামীর নাম : -----

৩। মাতার নাম : -----

৪। জাতীয় পরিচয়পত্রের নম্বর (NID সংযুক্ত করুন):-----

৫। ফোন/মোবাইল নম্বর: -----

৬। ঠিকানা: গ্রাম/মহল্লা : ----- ইউনিয়ন/ওয়ার্ড : -----

ডাক : ----- উপজেলা : ----- জেলা : -----

৭। হিসাব নম্বর (ব্যাংক স্টেটমেন্টসহ): ----- ব্যাংক ও শাখার নাম : -----

৮। পেশা : -----

৯। নিজ/অভিভাবক/পরিবারের মাসিক আয় : -----

১০। আর্থিক সহায়তার কি প্রয়োজন/কারণ (চিকিৎসার ক্ষেত্রে ব্যবস্থাপত্র সংযুক্ত করুন) : -----

১১। প্রার্থিত আর্থিক সাহায্যের পরিমাণ : -----

১২। হিন্দুধর্মীয় কল্যাণ ট্রাস্ট থেকে ইতোপূর্বে প্রাপ্ত আর্থিক সাহায্যের পরিমাণ ও তারিখ : -----

আবেদনকারীর স্বাক্ষর ও তারিখ

চেয়ারম্যান, ইউনিয়ন পরিষদ, চেয়ারম্যান, উপজেলা পরিষদ,/
মেয়ার/কাউন্সিলর/ওয়ার্ড কমিশনার, পৌরসভা/সিটি কর্পোরেশন এর প্রত্যয়ন:
দরখাস্তকারী কর্তৃক প্রদত্ত তথ্য সঠিক।

নাম ও তারিখসহ স্বাক্ষর

চেয়ারম্যান/সিনিয়র ভাইস-চেয়ারম্যান/ভাইস-চেয়ারম্যান/
ট্রাস্ট/সচিব মহোদয়ের স্বাক্ষর

(নিচের অংশ অফিস কর্তৃক ব্যবহার্য)

শ্রী/গ্রীমতী ----- অনুকূলে টাকা -----
(কথায় ----- টাকা) ইএফটি করা হলো।

সহকারি হিসাবরক্ষক/হিসাবরক্ষক

উপপরিচালক

সচিব

বিশেষ দ্রষ্টব্য: (১) ফরম (www.hindutrust.gov.bd) ওয়েব সাইটে পোওয়া যাচ্ছে। এই ফরম ক্রয়/বিক্রয়যোগ্য নয়। (২) ফরমের ফটোকপি
গ্রহণযোগ্য। (৩) অসম্পূর্ণ আবেদন বাতিল বলে গণ্য হবে। (৪) কোনো তথ্য গোপন করা হলে অনুদান বাতিলসহ আইনানুগ ব্যবস্থা গ্রহণ করা হবে।