

**পশ্চিমবঙ্গ সরকার**  
**সমাজ কল্যাণ অধিকার**  
৪৫, গণেশচন্দ্র এডিনিউ, কলকাতা-১৩

**কৃত্রিম অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ অথবা সহায়ক যন্ত্রের জন্য প্রতিবন্ধীর আবেদনপত্র**

[ কলকাতা ডাকঘরের অধীনে বসবাসকারী প্রার্থী ৪৫, গণেশচন্দ্র এডিনিউ, কলকাতা-১৩ এই ঠিকানায় আবেদনপত্রটি সঠিকভাবে পূরণ করে সমাজ কল্যাণ অধিকর্তার দপ্তরে জমা দেবেন। এছাড়া অন্যত্র বসবাস করলে আবেদনপত্র সংশ্লিষ্ট বি.ডি.ও. বা পৌর-প্রধানের মাধ্যমে জেলা শাসকের দপ্তরে জমা দিতে হবে। ]

১। আবেদনকারীর—

- |   |   |
|---|---|
| ক) পুরো নাম : শ্রী / শ্রীমতী / কুমারী           | : |
| খ) ঠিকানা                                       | : |
| গ) জন্ম তারিখ                                   | : |
| ঘ) পিতার নাম                                    | : |
| ঙ) স্বামীর নাম (বিবাহিতা নারীর ক্ষেত্রে)        | : |
| চ) অভিভাবকের নাম (পিতা / মাতা / স্বামী মৃত হলে) | : |
| ঠিকানা  | : |
| ছ) অভিভাবকের সঙ্গে সম্পর্ক                      | : |

- |  |   |
|--|---|
| ২। আবেদনকারীর কৃত্রিম অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ বা সহায়ক যন্ত্র কোন ঠিকানায় পেতে ইচ্ছুক | : |
| ৩। আবেদনকারী তফসিলী / উপজাতি সম্প্রদায়ভুক্ত কিনা                              | : |
| ৪। আবেদনকারী কোন তারিখ থেকে পশ্চিমবঙ্গের স্থায়ী বাসিন্দা                      | : |
| ৫। আবেদনকারী ভারতীয় নাগরিক কিনা   | : |
| ৬। দৈনিক প্রতিবন্ধকতার বিবরণ   | : |

( আবেদনকারী দৃষ্টিহীন, মূক-বধির অথবা অস্থি-সংক্রান্ত প্রতিবন্ধী কিনা তা স্পষ্ট করে লিখতে হবে। সংলগ্ন ফরমে কোন সরকারি হাসপাতাল থেকে অথবা সংশ্লিষ্ট কোন বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকের কাছ থেকে দৈনিক প্রতিবন্ধকতার প্রমাণপত্র অবশ্যই দিতে হবে। প্রমাণপত্রে চিকিৎসক উল্লেখ করবেন, কি মরণের কৃত্রিম অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ বা সহায়ক যন্ত্র আবেদনকারীর প্রয়োজন। )

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| ৭। আবেদনকারীর শিক্ষাগত যোগ্যতার মান | : |
| ৮। আবেদনকারী কর্মরত হলে :           |   |
| ক) পেশা                             | : |
| খ) মাসিক আয়                        | : |
| গ) প্রতিষ্ঠানের নাম ও ঠিকানা        | : |

৯। আবেদনকারী অন্য কোন সূত্র থেকে আর্থিক সাহায্য পেলে—

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| ক) আর্থিক সাহায্যের সূত্র            | : |
| খ) কি উদ্দেশ্যে সাহায্য দেওয়া হচ্ছে | : |
| গ) মাসিক সাহায্যের পরিমাণ            | : |

১০। আবেদনকারী যদি বেকার হন এবং কোন কর্মসংস্থান কোড্রে তাঁর নাম নথিভুক্ত করে থাকলে—

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| ক) কর্মসংস্থান কোড্রের ঠিকানা | : |
| খ) তারিখসহ রেজিস্ট্র নম্বর    | : |
| গ) নবীকরণের তারিখ             | : |

১১। আবেদনকারীর পরিবারভুক্ত আর সকলের যেমন, স্বামী / স্ত্রী / পিতা / মাতা / পুত্র / অবিবাহিতা কন্যা ইত্যাদির বিবরণ ও মাসিক আয়।

ক্রমিক নং	নাম	বয়স	আবেদনকারীর সঙ্গে সম্পর্ক	পেশা	মাসিক আয়
১)					
২)					
৩)					
৪)					
৫)					
৬)					
৭)					
৮)					

পরিবারের মোট মাসিক আয়

টাকা

১২। নিজের পিতা / মাতা / স্বামী অথবা পরিবারবর্গের কারও কোন আয় না থাকলে আবেদনকারীর ভরণপোষণ কিভাবে চলছে ?

১৩। কি ধরনের কৃত্রিম অঙ্গ / সহায়ক যন্ত্রের প্রয়োজন তার বিবরণ

১৪। পূর্বে এই ধরনের কৃত্রিম অঙ্গ / সহায়ক যন্ত্রের জন্য আবেদনের ভিত্তিতে পেয়ে থাকলে—পাওয়ার তারিখ এবং সেই কৃত্রিম অঙ্গ / সহায়ক যন্ত্রের বিবরণ

আমি অস্বীকার করছি যে উপরি বর্ণিত তথ্য মিথ্যুল।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর / টিপসই

তারিখ :

শ্রী / শ্রীমতী / কুমারী

এপরের সমস্ত তথ্য সত্য বলে আমি স্বীকার করছি এবং ঘোষণা করছি, প্রার্থিত কৃত্রিম অঙ্গ / সহায়ক যন্ত্র ক্রয়ের আর্থিক ক্ষমতা আমার নেই।

আবেদনকারীর / পিতা / মাতা / স্বামী / অভিভাবকের স্বাক্ষর / টিপসই

তারিখ :

## সুপারিশকারী আধিকারিকের প্রতিবেদন

( কৃত্রিম অঙ্গ বা সহায়ক যন্ত্রের জন্য সুপারিশ করা হলে স্থানীয়ভাবে পাওয়া সম্ভব কিনা তা উল্লেখ করতে হবে। )

সুপারিশকারীর স্বাক্ষর / হোলা শাসকের স্বাক্ষর

তারিখ :

## FORM OF MEDICAL CERTIFICATE FOR GRANT OF PROSTHETIC AID

Certified that I have examined Shri / Sm. / Kumari \_\_\_\_\_  
 aged about \_\_\_\_\_ son / wife / daughter of \_\_\_\_\_  
 of (address) \_\_\_\_\_ today and have found that Shri / Sm.  
 / Kumari \_\_\_\_\_ is blind / deaf and dumb / orthopaedically  
 handicapped, such handicap being confined to his / her \_\_\_\_\_

The impairment is reportedly congenital / caused by injury or disease and in my opinion the impairment is  
 such as is not likely to respond to medicine, physiotherapy or medical exercise.

I believe that the grant of a \_\_\_\_\_ will increase his / her efficiency in  
 performing his / her personal and social obligations.

Signature / L. T. I. of Shri / Sm. / Kumari \_\_\_\_\_ is attested.

Signature / L. T. I. of person Examined

Signature of Medical Officer\*

( Office Seal )

\* No Certificate shall be accepted as valid unless granted by a Medical Officer of the West Bengal Health Services.