

AO
P/s take
necessary action
in this regard
১৩/১১/১৯

স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়
স্বাস্থ্য সেবা বিভাগ
অতিরিক্ত সচিব
(স্বাস্থ্য সেবা প্রশাসন ও পরিবার কল্যাণ)

স্মারক নং: ১৩১১
তারিখ: ১৩/১১/১৯
উপসচিব
সিস্টেমস
স্বাস্থ্য সেবা বিভাগ
কম্পিউটার সেল/সাইটবোর্ড/হিরক
অতিরিক্ত/প্রোগ্রামার
১৩/১১/১৯

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়
কল্যাণ শাখা
www.mopa.gov.bd

স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়
স্বাস্থ্য সেবা বিভাগ
অতিরিক্ত সচিব
(স্বাস্থ্য সেবা প্রশাসন ও পরিবার কল্যাণ)

স্মারক নং: ১৩১১
তারিখ: ১৩/১১/১৯
উপসচিব
সিস্টেমস
স্বাস্থ্য সেবা বিভাগ
কম্পিউটার সেল/সাইটবোর্ড/হিরক
অতিরিক্ত/প্রোগ্রামার
১৩/১১/১৯

বিষয়: বেসামরিক প্রশাসনে চাকরীরত অবস্থায় মৃত্যু/স্থায়ী অক্ষমতাজনিত কারণে আর্থিক অনুদান আবেদন যাচাই-বাছাই সংক্রান্ত।

উপর্যুক্ত বিষয়ে জানানো যাচ্ছে যে, বেসামরিক প্রশাসনে চাকরীরত অবস্থায় কোন সরকারি কর্মকর্তা/ কর্মচারীর মৃত্যুবরণ এবং গুরুতর আহত হয়ে স্থায়ী অক্ষমতাজনিত কারণে আর্থিক অনুদান প্রদান নীতিমালা/২০১৩ অনুযায়ী জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়ের কল্যাণ শাখার মাধ্যমে আবেদন যাচাই-বাছাই এবং অনুদান প্রদান কার্যক্রমটি পরিচালিত হচ্ছে। সরকারের রাজস্ব বিভাগের স্থায়ী কর্মচারীর ক্ষেত্রে জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়ের প্রজ্ঞাপনটি প্রযোজ্য। অবসরোত্তর ছুটি ভোগরত কর্মকর্তা/কর্মচারী, পৃথক কোন আইন বা বিধি দ্বারা পরিচালিত বোর্ড, সংবিধিবদ্ধ সংস্থা, কর্পোরেশন এবং স্বায়ত্তশাসিত প্রতিষ্ঠানের কর্মচারীরা এ প্রজ্ঞাপনের আওতাভবিভূতা উল্লেখ্য যে, অধিকতর স্বচ্ছতা ও জবাবদিহিতা নিশ্চিতকল্পে নীতিমালাটির কিছু বিষয় স্পষ্টিকরণ, যুগোপযোগী ও বিকেন্দ্রীকরণের কার্যক্রম চলমান রয়েছে।

২। আবেদন যাচাই-বাছাইকালে লক্ষ্য করা যাচ্ছে বিভিন্ন জেলা/মন্ত্রণালয় থেকে প্রেরিত আবেদন সমূহে ছোটখাট ভুল-ত্রুটির (আবেদনকারী/মৃত ব্যক্তির NID, মৃত্যু সনদ (সরকারি হাসপাতাল/স্থানীয় সরকার প্রতিষ্ঠান প্রদত্ত), সর্বশেষ কর্মস্থলের হিসাবরক্ষণ কর্মকর্তা প্রতিস্বাক্ষরিত LPC, স্থানীয় সরকার কর্তৃক প্রদত্ত Non Marriage Certificate, যথাযথ কর্তৃপক্ষের মাধ্যমে প্রেরণ না করা, প্রযোজ্য ক্ষেত্রে সার্ভিস বহি, পেনশন মঞ্জুরী আদেশ না থাকা) কারণে কেন্দ্রীয় যাচাই-বাছাই কমিটি কর্তৃক না মঞ্জুর হচ্ছে যা আবেদন নিষ্পত্তিতে দীর্ঘসূত্রিতা এবং সেবা গ্রহণকারীদের হয়রানী বৃদ্ধি পাচ্ছে। গত ২৪/০৬/২০১৯ তারিখে অনুষ্ঠিত কেন্দ্রীয় যাচাই-বাছাই কমিটির ৫৯তম সভায় উপস্থাপিত ২০৩টি আবেদনের মধ্যে ৮৪টি আবেদন ত্রুটিপূর্ণ থাকায় না মঞ্জুর হয়। কল্যাণ শাখার এ কাজের সাথে সকল মন্ত্রণালয় এবং মাঠ প্রশাসনের বিভিন্ন পর্যায়ের কর্মকর্তা/কর্মচারীর পরিবারের আবেগ ও আর্থিক বিষয় জড়িত, যা জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়ের ভাবমূর্তির সাথে ওতপ্রোতভাবে মিশে আছে।

৩। এমতাবস্থায়, সার্বিক অবস্থা বিবেচনা করে জেলা কমিটি/মন্ত্রণালয়/বিভাগ থেকে প্রেরিত আবেদনগুলো নিবিড়ভাবে পর্যবেক্ষণ (চেকলিস্ট অনুযায়ী) ও যাচাই বাছাইপূর্বক স্বয়ংসম্পূর্ণ প্রস্তাব প্রেরণের জন্য নির্দেশক্রমে অনুরোধ করা হলো।

সংযুক্তি: বর্ণনামতে..... ফর্দ।

২০/০৬/২০১৯
(মোহাম্মদ কামাল হোসেন)
উপসচিব
ফোন: ৯৫৪৯৬২১
E-mail: adminwelf@mopa.gov.bd

১। সিনিয়র সচিব/সচিব
স্বাস্থ্য সেবা..... মন্ত্রণালয়/বিভাগ/কার্যালয়।

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়
স্বাস্থ্য সেবা বিভাগ
প্রশাসন-১ শাখা
বাংলাদেশ সচিবালয়, ঢাকা
www.hsd.gov.bd

স্মারক নং-৪৫.০১.০০০০.১৪০.৯৯.০০১.১৮- ২৪৬৫
তারিখঃ ০১ অক্টোবর, ২০১৯ খ্রিষ্টাব্দ
১৬ আশ্বিন, ১৪২৬ বঙ্গাব্দ

সদয় অবগতি ও প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণের জন্য অনুলিপি প্রেরণ করা হলঃ

- ১। মহাপরিচালক, স্বাস্থ্য অধিদপ্তর/ওষধ প্রশাসন অধিদপ্তর/নার্সিং ও মিডওয়াইফারি অধিদপ্তর/ স্বাস্থ্য অর্থনীতি ইউনিট, ঢাকা
- ২। প্রধান প্রকৌশলী, স্বাস্থ্য প্রকৌশল অধিদপ্তর, মতিঝিল, ঢাকা
- ৩। সচিবের একান্ত সচিব, স্বাস্থ্য সেবা বিভাগ, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়
- ৪। চীফ টেকনিক্যাল ম্যানেজার, নিমিউ এন্ড টিসি, মহাখালী, ঢাকা
- ৫। সিস্টেম এনালিস্ট, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয় (মন্ত্রণালয়ের ওয়েবসাইটে প্রকাশের অনুরোধসহ)
- ৬। ওয়ার্কসপ ম্যানেজার, টেমো, মহাখালী, ঢাকা

তীর অধীনস্থ সংশ্লিষ্ট সকলকে
অবহিত করার অনুরোধসহ।

২০/১০/১৯
কাজী মাহবুবুল আলম
উপসচিব
ফোনঃ ৯৫৭৭৯৮৫
admin1@hsd.gov.bd

আনুতোষিক ও অবসরভাতা উত্তোলন করার ক্ষমতা অর্পণ ও অভিভাবক মনোনয়ন-এর প্রত্যয়নপত্র।

১। আমরা নিম্নস্বাক্ষরকারীগণ

মরহম..... বর্তমান ঠিকানা-.....
..... স্থায়ী ঠিকানা :

.....এর বৈধ উত্তরাধিকারী। তাহার মৃত্যুর কারণে
.....কে অভিভাবক নিযুক্ত করিলাম এবং আমাদের পক্ষে আনুতোষিক ও
অবসরভাতা উত্তোলন করার ক্ষমতা অর্পণ করিলাম।

ক্রম নং	নাম	জন্ম তারিখ	বয়স	সম্পর্ক	মনোনীত হলে	নৈবাহিক অবস্থা	প্রতিবন্ধিত	ছবি (স্ট্যাম্প সাইজ)	তারিখসহ স্বাক্ষর/ টিপসহি
১	২	৩	৪	৫	৬	৭	৮	৯	১০
১.									
২.									
৩.									
৪.									

২। উপর্যুক্ত স্বাক্ষরকারীগণ স্বেচ্ছায়, স্বজ্ঞানে এবং আমার সম্মুখে উপরোল্লিখিত ক্ষমতা অর্পণ ও
অভিভাবক নিয়োগ করিয়াছে।

তারিখসহ স্বাক্ষর
দেপারসভা/ইউনিয়ন পরিষদ চেয়ারম্যান/ওয়ার্ড
সীলমোহর (নাম যুক্ত)

আবেদনকারীর এক
কপি রদ্দিন
পাসপোর্ট সাইজের
সত্যায়িত ফটো

মন্ত্রণালয়/বিভাগ ও অধিনস্থ দপ্তর/প্রতিষ্ঠান এবং সাংবিধানিক প্রতিষ্ঠানে কর্মরত
সরকারি কর্মকর্তা/কর্মচারীর অনুকূলে মৃত্যু/স্থায়ী অক্ষমতাজনিত আর্থিক অনুদান
প্রদানের জন্য আবেদন ফরম

বরাবর
সিনিয়র সচিব/সচিব
জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়

বিষয় : মৃত্যু/স্থায়ী অক্ষমতাজনিত কারণে আর্থিক অনুদানের জন্য আবেদন।

মহোদয়,

বিনীত নিবেদন এই যে, আমি/আমার স্বামী/স্ত্রী প্রতিষ্ঠানে
..... হিসেবে কর্মরত আছি/ছিলেন। আমি/তিনি তারিখে ইস্তেকাল
করেছেন/..... অঙ্গহানি হয়ে স্থায়ীভাবে অক্ষম হয়েছি (অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে
দিতে হবে)। নিম্নে প্রয়োজনীয় তথ্যাদি আপনার সদয় অবগতির জন্য পেশ করা হলো :

(“ক” অংশঃ কর্মচারী/প্রকৃত উত্তরাধিকারী কর্তৃক পূরণ করতে হবে ও অপ্রয়োজনীয়
অংশ পূরণ করার দরকার নেই।)

- (ক) কর্মকর্তা/কর্মচারীর নাম (বাংলায়) :
(ইংরেজিতে বড় অক্ষরে)
- (খ) পিতার/স্বামীর/স্ত্রীর নাম (বাংলায়) :
(ইংরেজিতে বড় অক্ষরে)
- (গ) পদবি (বাংলায়) :
(ইংরেজিতে বড় অক্ষরে)
- (ঘ) অফিসের নাম ও ঠিকানা :
:
- (ঙ) আবেদনকারীর নাম ও ঠিকানা :
(মৃত কর্মকর্তা/কর্মচারীর ক্ষেত্রে
উত্তরাধিকারী।)

- (চ) আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয়পত্র নং :
(সত্যায়িত ফটোকপি সংযুক্ত করতে হবে।)
- (ছ) আবেদনকারীর সাথে সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তা/কর্মচারীর সম্পর্ক :
- (জ) ফোন/মোবাইল/ই-মেইল নং :
- (ঝ) ব্যাংক হিসাব নম্বর :
ব্যাংকের নাম ও ব্যাংকের শাখার নাম
(যে হিসাবে অনুদানের অর্থ গেতে ইচ্ছুক।)
- (ঞ) কর্মকর্তা/কর্মচারীর জন্ম তারিখ :
- (ট) চাকরিতে যোগদানের তারিখ :
- (ঠ) কর্মকর্তা/কর্মচারী রাজস্বখাতভুক্ত কিনা :
(উ) কর্মকর্তা/কর্মচারীর উত্তরাধিকারীর নাম ও ঠিকানা (উপযুক্ত কর্তৃপক্ষের সনদ সংযুক্ত করতে হবে।)
- (ড) মৃত ব্যক্তির পক্ষে আবেদন করার জন্য অন্যান্য উত্তরাধিকারীগণ কর্তৃক প্রদত্ত ক্ষমতাপত্র।
- (ঢ) সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তা/কর্মচারীর মৃত্যুর তারিখ :
(মৃত্যু সনদ সংযুক্ত করতে হবে।)
- (ভ) ক্ষতিগ্রস্ত অঙ্গের বিবরণ (অক্ষমতার সমর্থনে চিকিৎসকের রোগজপত্র সংযুক্ত করতে হবে।)
- (থ) প্রার্থিত টাকার পরিমাণ :

অতএব, আমার আবেদন সদয় বিবেচনাপূর্বক কল্যাণ অনুদান মঞ্জুরীর জন্য বিনীত অনুরোধ করছি।

তারিখ :

আবেদনকারীর স্বাক্ষর
সীল/বর্তমান ঠিকানা

আমি প্রতিজ্ঞাপূর্বক বলছি যে, এ আবেদনপত্রে উল্লিখিত তথ্যাদি আমার জ্ঞান ও বিশ্বাসমতে সত্য এবং আমি কোন তথ্য গোপন করিনি।

তারিখ :

আবেদনকারীর স্বাক্ষর
সীল/বর্তমান ঠিকানা

‘খ’ অংশঃ (নিয়ন্ত্রণকারী কর্তৃপক্ষ কর্তৃক পূরণীয়, অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে দিতে হবে)

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম
 পদবী ও কর্মস্থল অত্র অফিসের
 একজন স্থায়ী/রাজস্বখাতভুক্ত কর্মকর্তা/কর্মচারী ছিলেন/আছেন। তিনি তারিখে
 কর্মরত থাকাকালে মৃত্যুবরণ করেন/তঁার অঙ্গ স্থায়ীভাবে হানি হয়েছে।
 তাঁকে-..... টাকা আর্থিক অনুদান প্রদানের জন্য সুপারিশ করা হলো।
 এ কর্মকর্তা/কর্মচারীর আবেদনপত্রের ‘ক’ অংশে বর্ণিত তথ্যাদি সঠিক। তাঁর অনুকূলে
 এ ধরণের কোন আর্থিক অনুদানের আবেদনপত্র পূর্বে অত্র অফিস থেকে প্রেরণ করা
 হয়নি।

তারিখঃ

নিয়ন্ত্রণকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর ও তারিখ
 নামযুক্ত সীল ও ঠিকানা
 ফোন/মোবাইল নম্বর

‘গ’ অংশঃ (মেডিক্যাল বোর্ড কর্তৃক পূরণীয়, অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে দিতে হবে)

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম
 পদবী ও কর্মস্থল এর
 কাগজপত্র/তাঁকে অদ্য তারিখে পরীক্ষা করা হয়েছে।
 পরীক্ষায়/কাগজপত্রদৃষ্টে তাঁর অঙ্গ স্থায়ীভাবে হানি
 হয়েছে/তাঁর মৃত্যুর প্রদত্ত সনদ সঠিক।

মেডিক্যাল বোর্ডের সদস্য-
 সচিবের স্বাক্ষর ও তারিখ

মেডিক্যাল বোর্ডের সদস্যের
 স্বাক্ষর ও তারিখ

মেডিক্যাল বোর্ডের
 সভাপতির স্বাক্ষর ও তারিখ

'ঘ' অংশঃ (বাছাই কমিটি কর্তৃক পূরণীয়, অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে দিতে হবে)।

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম
পদবী ও কর্মস্থল এর অনুকূলে
মৃত্যু/অক্ষমতা জনিত কারণে আর্থিক অনুদান টাকা মঞ্জুরীর জন্য
বাছাই কমিটির তারিখের সভায় সুপারিশ করা হয়েছে।

তারিখঃ

বাছাই কমিটির সভাপতির স্বাক্ষর ও
নামযুক্ত সীল ও ঠিকানা
ফোন/মোবাইল নম্বর

- 'ঙ' অংশঃ (কল্যাণ শাখা কর্তৃক পূরণীয়)

জনাব/বেগম পদবী
ও কর্মস্থল গত তারিখের কল্যাণ
শাখার স্মারক নং মূলে টাকা অনুদান মঞ্জুরী জারী
করা হয়েছে।

তারিখঃ

স্বাক্ষরসহ সীল
সিনিয়র সহকারী সচিব
কল্যাণ শাখা
জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়।

কল্যাণ অনুদান নীতিমালা ২০১৩ অনুযায়ী মন্ত্রণালয়/বিভাগ ও জেলা থেকে প্রাপ্ত আবেদন যাচাই তালিকা

- ১। আবেদনপত্র প্রেরণের মাধ্যম- জেলা প্রশাসকের কার্যালয় মন্ত্রণালয় অন্যান্য
- ২। নির্ধারিত ফরমে আবেদনপত্র সঠিকভাবে পূরণকৃত কিনা- হ্যাঁ না
- ৩। আবেদনের ধরণ- মৃত্যুজনিত দুর্ঘটনা জনিত কারণে অক্ষমতা
- ক. আবেদনকারী অক্ষম হলে অক্ষমতার কারণ:
-
- খ. অক্ষমতার স্বপক্ষে অফিস আদেশ আছে কিনা- হ্যাঁ না
- ৪। আবেদনকারীর সাথে মৃত ব্যক্তির সম্পর্ক- স্বামী স্ত্রী অন্যান্য
- ক. আবেদনকারী ছেলে সন্তান হলে তার বয়স- ২৫ বছরের বেশি ২৫ বছরের কম প্রতিবন্ধী
- খ. আবেদনকারী মেয়ে সন্তান হলে সে- বিবাহিত অবিবাহিত স্বামী পরিত্যক্ত বিধবা
- ৫। আবেদন ফরমের খ অংশ নিয়ন্ত্রণকারী কর্মকর্তা কর্তৃক রাজস্ব খাতের পদধারী হওয়ার প্রত্যয়ন আছে কিনা- হ্যাঁ না
- ৬। আবেদন ফরমের গ অংশ মেডিকেল বোর্ড কর্তৃক পূরণকৃত কিনা- হ্যাঁ না
- ৭। আবেদন ফরমের ঘ অংশ পূরণপূর্বক বাছাই কমিটির সভাপতি কর্তৃক স্বাক্ষরিত কিনা- হ্যাঁ না
- ৮। মৃত কর্মচারীর মৃত্যু সনদ (সরকারী হাসপাতাল/ ইউনিয়ন পরিষদ/পৌরসভা/সিটি কর্পোরেশন কর্তৃক জারিকৃত) আছে কিনা- হ্যাঁ না
- ৯। মৃত কর্মচারীর উত্তরাধিকার সনদ (ইউনিয়ন পরিষদ/পৌরসভা/সিটি কর্পোরেশন কর্তৃক জারিকৃত) আছে কিনা- হ্যাঁ না
- ১০। উত্তরাধিকারগণ কর্তৃক আবেদনকারীকে ক্ষমতাপত্র (ইউনিয়ন পরিষদ/পৌরসভা/সিটি কর্পোরেশন কর্তৃক জারিকৃত) আছে কিনা- হ্যাঁ না
- ১১। শেষ বেতনের প্রত্যয়নপত্র (এলপিসি)-এর ফটোকপি (প্রধান/জেলা/উপজেলা হিসাবরক্ষণ কর্মকর্তা কর্তৃক প্রতিস্বাক্ষরিত ও অফিস প্রধান কর্তৃক সত্যায়িত) আছে কিনা- হ্যাঁ না
- ১২। সার্ভিস বহির (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) ১ম পাঁচ পৃষ্ঠার ফটোকপি (অফিস প্রধান কর্তৃক সত্যায়িত) আছে কিনা- হ্যাঁ না
- ১৩। আবেদনকারী ও মৃত কর্মচারীর জাতীয় পরিচয়পত্রের সত্যায়িত ফটোকপি আছে কিনা- হ্যাঁ না
- ১৪। আবেদনকারী পুনর্বিবাহে আবদ্ধ হয়নি মর্মে সনদ (স্থানীয় সরকার কর্তৃক জারিকৃত) আছে কিনা- হ্যাঁ না
- ১৫। মৃত্যু/অক্ষমতার তারিখ- ১৯ জুন ২০১৩ হতে ৩০ জুন ২০১৬ ০১ জুলাই ২০১৬ এর পরে
- ১৬। মৃত কর্মচারীর বয়স- ৫৯ বছরের কম ৫৯ বছরের বেশি
- ১৭। মৃত কর্মচারী মুক্তিযোদ্ধা হলে মুক্তিযোদ্ধা সনদ ও মুক্তিযোদ্ধা হিসেবে চাকুরিতে বয়স বৃদ্ধির অফিস আদেশ আছে কিনা- হ্যাঁ না
- ১৮। আবেদনের সাথে সকল সনদ সত্যায়িত কিনা- হ্যাঁ না
- ক. সত্যায়িত না হলে তার বিবরণ:.....
- ১৯। মন্তব্যঃ আবেদন যথাযথ ও সম্পূর্ণ আবেদন অসম্পূর্ণ প্রাপ্যতা নেই
- ২০। অনুদানের পরিমাণ- ৫,০০,০০০/= ৮,০০,০০০/= ৮,০০,০০০/= ২,০০,০০০/=
- (শাখা কর্তৃক প্রাথমিক বাছাই)

উত্তরাধিকার সনদপত্র ও নতুন-ম্যারিডজ স্যাটাককেড
(সহজীকরণ স্মারকের ৩.০১ অনুচ্ছেদ অনুযায়ী)

নং

তারিখ :

পৌরসভা/ইউনিয়ন/ওয়ার্ডের নাম ও নং

থানাঃ জেলা/শহর আমি

প্রত্যয়ণ করিতেছি যে, মরহুম/মরহুমা এই এলাকার অধিবাসী
ছিলেন। তাঁহার বাসা নংঃ । তাঁহাকে এবং তাঁহার পরিবারের সদস্যগণকে
আমি বৎসর যাবৎ তিনি বিগত তারিখে তিনি

মৃত্যুবরণ করিয়াছেন। মৃত্যুকালে তিনি তাঁহার পরিবারের নিম্ন বর্ণিত সদস্য রাখিয়া গিয়াছেন :-

ক্রমিক নং	নাম	জন্ম তারিখ ও বয়স	সম্পর্ক	প্রতিবন্ধী অবস্থা	বৈবাহিক অবস্থা
১	২	৩	৪	৫	৬
১।					
২।					
৩।					
৪।					
৫।					
৬।					
৭।					
৮।					
৯।					
১০।					

১০

উল্লিখিত সদস্য/সদস্যগণ ব্যতীত তাঁহাদের আর কোন উত্তরাধিকারী নাই। সরকারের বা অন্য কোন কর্তৃপক্ষের নিকট দেনা পাওনার বিষয় নিষ্পত্তি করার ব্যাপারে কেবলমাত্র উপরোক্ত সদস্য/সদস্যগণ মরহুম/মরহুমা এর উত্তরাধিকারী বিবেচিত হইবেন।

আমি আরও প্রত্যয়ন করিতেছি যে, মরহুম এর জীবিত একমাত্র/..... স্ত্রী বেগম পুনর্বিবাহ করেন নাই

এবং কোন পুনর্বিবাহের অঙ্গীকারেও আবদ্ধ হন নাই।

স্বাক্ষর
পৌরসভা/ইউনিয়ন পরিষদ চেয়ারম্যান/ওয়ার্ড
কমিশনার
সীলমোহর (নামযুক্ত)

নং তারিখ :

প্রত্যয়ন করা হইল : সর্বশেষ নিয়ন্ত্রণকারী কর্তৃপক্ষের তারিখসহ স্বাক্ষর :
সীল ও
পূর্ণ ঠিকানা