

FRIENDS FELLOWSHIP HALDIA



BRIDDHASHRAM

BANABISHNUPUR, HALDIA, PURBA MEDINIPUR, 721645

ADMISSION FORM

THE APPLICATION FORM MUST BE FILLED CORRECTLY. INCOMPLETE FORM WILL BE REJECTED.
FILL THE FORM IN BLOCK LETTERS ONLY

Name.....

(আবেদনকারীর নাম)

Father/Husband's Name.....

(পিতা/ স্বামীর নাম)

Adhar No.....

(আধার নম্বর)

EPIC No.....

(এপিক নম্বর)

Address (ঠিকানা).....

Mobile No.....

(মোবাইল নম্বর)

Personal Details (ব্যক্তিগত বিবরণ) :

A. Date of birth.....

(জন্ম তারিখ)

b. Gender.....

(লিঙ্গ) পুরুষ / স্ত্রী

C. Language :

(মাতৃভাষা)

D. Meritorial Status :

(বৈবাহিক অবস্থা)

E. Religion :

(ধর্ম)

Health Description (স্বাস্থ্য বিবরণ) :

A. Blood Group B. Height..... C. Weight.....

(রক্তের গ্রুপ)

(উচ্চতা)

(ওজন)

D. Any Chronic Disease : Yes / No

(যেকোন দীর্ঘস্থায়ী রোগ)

হ্যাঁ / না

IF Yes Then Details.....

(যদি হ্যাঁ হয় তাহলে তার বিবরণ)

Attach Current Blood Sugar, E.C.G., Stool, Upine Test Report and A "Medical Certificate" From the Doctor.

(বর্তমান ব্লাড সুগার, E.C.G. মল, প্রস্রাব, পরীক্ষার রিপোর্ট এবং ডাক্তার এর কাছ থেকে একটি "মেডিক্যাল সার্টিফিকেট" সংযুক্ত করুন)

Family History (পারিবারিক ইতিহাস) :

A. Details of Wife/Husband (স্ত্রী / স্বামীর বিবরণ লিখুন)

i) Name (নাম).....

Age..... Address.....

(বয়স)

(ঠিকানা)

Ph No (ফোন নম্বর).....

B. Details of Children (সন্তানদের বিস্তারিত বিবরণ)

i) Name Son/Daughter
(নাম) (পুত্র / কন্যা)(নাম)
Age..... Address.....
(বয়স) (ঠিকানা)
Ph No (ফোন নম্বর).....

C. Enter the name and Address Details of one Responsible persons whom we can contact in an emergency. (একজন দায়িত্বশীল ব্যক্তির নাম এবং ঠিকানার বিশদ বিবরণ, যাদেরকে আমরা জরুরি অবস্থায় যোগাযোগ করতে পারি)

i) Name (নাম).....
Age..... Address.....
(বয়স) (ঠিকানা)
Ph No (ফোন নম্বর).....

D. Name the Beneficiary in Case of Death (মৃত্যুর পর সুবিধাভোগী ব্যক্তির নাম উল্লেখ করুন)

i) Name (নাম).....
Age..... Address.....
(বয়স) (ঠিকানা)
Ph No (ফোন নম্বর).....

E. Names and Addresses of One recommenders (একজন সুপারিশকারীর নাম এবং ঠিকানা)

i) Name (নাম).....
Age..... Address.....
(বয়স) (ঠিকানা)
Ph No (ফোন নম্বর).....

F) Enter the detailed name and Address of a guarantor (একজন গ্যারান্টরের বিস্তারিত নাম এবং ঠিকানা লিখন)

i) Name (নাম).....
Age..... Address.....
(বয়স) (ঠিকানা)
Ph No (ফোন নম্বর).....

তারিখ.....

স্বাক্ষর.....

আবেদনকারীর ঘোষণা পত্র

- (১) আমি “ফ্রেন্ডস ফ্যালোশিপ হলদিয়া” দ্বারা প্রণীত নিয়ম-কানুন এবং শর্তাবলী স্বজ্ঞানে সম্মতি প্রকাশ করছি।
- (২) আমি এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে আবেদনপত্র যে তথ্য, মেডিকেল রিপোর্ট এবং সমস্ত বিবরণ আমার দ্বারা করা হয়েছে তা সম্পূর্ণ এবং আমার জানামতে সত্য।
- (৩) আমি স্ব-ইচ্ছায় “মা বৃদ্ধশ্রম” এ থাকার জন্য সম্মতি প্রকাশ করছি।

তারিখ.....

স্বাক্ষর

আবেদনকারীর স্বাক্ষর

OFFICE USE ONLY

CANDIDATE TYPE : 1. FREE OF COST.

2. DONATION

3. MONTHLY FEES WITH SECURITY DEPOSIT

Name.....

(আবেদনকারীর নাম)

Father/Husband's Name.....

(পিতা/ স্বামীর নাম)

Address (ঠিকানা).....

Mobile No.....

(মোবাইল নম্বর)

Office Seal

Signature

আবেদনকারীর (বৃদ্ধা) প্রয়োজনীয় নথিপত্র

- (১) আবেদনকারীর (বৃদ্ধা) আঁধার কার্ড, ভোটার কার্ড, রেশন কার্ড, প্যান, কার্ড, স্বাস্থ্যসার্থী কার্ড- এর জেরক্স।
- (২) আবেদনকারীর (বৃদ্ধা) ২ কপি কালার ফটো।
- (৩) সুপারিশকারীদের আঁধার কার্ড এর জেরক্স।
- (৪) মৃত্যুর পর সুবিধাভোগী ব্যক্তির আঁধার কার্ড এর জেরক্স।
- (৫) ছেলে অথবা মেয়ে থাকলে তাদের আঁধার কার্ড এর জেরক্স।
- (৬) গ্রাম পঞ্চায়েত অথবা পৌরসভার লিখিত শংসাপত্র।