

বাংলাদেশ অভ্যন্তরীণ নৌ-পরিবহন কর্তৃপক্ষ
১৪১-১৪৩, মতিঝিল বাণিজ্যিক এলাকা, ঢাকা-১০০০
চিকিৎসা বিভাগ

নথি নং-১৮.১১.০০০০.২০১.৪৫.০১৮.২০. ১৫৭

তারিখ : ১৬/০৭/২০২০

বিষয় : বাঅনৌপ-কর্তৃপক্ষে কর্মরত কর্মকর্তা ও কর্মচারীদের মধ্যে দায়িত্ব পালনকালে করোনা ভাইরাস (কোভিড-১৯) রোগে আক্রান্ত ও মৃত্যুবরণকারীদের নামের তালিকা প্রেরণ প্রসংগে।


সূত্র : কর্তৃপক্ষের দপ্তর আদেশ নং-১১৬৫/২০২০ তারিখ : ০৮/০৭/২০২০

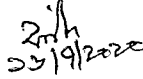
উপর্যুক্ত বিষয় ও সূত্রস্থ পত্রের প্রেক্ষিতে জানানো যাচ্ছে যে, অর্থ মন্ত্রণালয়ের স্মারক নং-০৭.১০৪.০২০.২৭০১.৭২.২০১৮/২২৬ তারিখ-২৩/০৪/২০২০ মূলে জারীকৃত প্রজ্ঞাপন মোতাবেক বিআইডব্লিউটিএ'র কর্মকর্তা ও কর্মচারীদের প্রেড ভিত্তিক ক্ষতিপূরণের আবেদন সংশ্লিষ্ট মন্ত্রণালয়ে প্রেরণের লক্ষ্যে করোনা ভাইরাস (কোভিড-১৯) মহামারীর সময়ে কর্তৃপক্ষের কাজে দায়িত্ব পালনকালে যে সকল কর্মকর্তা ও কর্মচারী করোনা ভাইরাস (কোভিড-১৯) রোগে আক্রান্ত হয়েছেন এবং আক্রান্ত হয়ে মৃত্যুবরণ করেছেন তাদের নামের তালিকা সংযুক্ত ছক অনুযায়ী পুনর করে প্রয়োজনীয় কাগজপত্র সংযুক্তপূর্বক চিকিৎসা বিভাগে জরুরী ভিত্তিতে প্রেরণের ব্যবস্থা করার জন্য অনুরোধ করা হলো।

২। পরবর্তীতে যারা এ রোগে আক্রান্ত হবেন অনুরূপভাবে তাদের তথ্যাদিও প্রেরণের ব্যবস্থা করার

জন্য অনুরোধ করা হলো।

সংযুক্ত : বর্ণনামতে।


১৬/০৭/২০২০
(ডাঃ যাদব চন্দ্র দেবর্মাথ)
প্রধান চিকিৎসক
মোবাইল-০১৯৬৮৩৯০০১৭


১৬/০৭/২০২০

বিতরণ :

- ✓ ১। সকল বিভাগীয় প্রধান, বিআইডব্লিউটিএ, ঢাকা / নারায়নগঞ্জ। পাঁচায়েক, জাহাঙ্গীর
- ২। সকল নদী বন্দর সমূহের ফোকাল পয়েন্ট কর্মকর্তা।

অনুলিপি :

- ১। উপ-প্রধান চিকিৎসা কর্মকর্তা, চিকিৎসা কেন্দ্র, বিআইডব্লিউটিএ, বরিশাল।
- ২। চিকিৎসা কর্মকর্তা, চিকিৎসা কেন্দ্র, বিআইডব্লিউটিএ, নারায়নগঞ্জ।
- ৩। সমন্বয় কর্মকর্তা, চেয়ারম্যান মহোদয়ের দপ্তর, বিআইডব্লিউটিএ, ঢাকা।
- ৪। সদস্য (পরিকল্পনা ও পরিচালন) মহোদয়ের ব্যক্তিগত কর্মকর্তা, বিআইডব্লিউটিএ, ঢাকা।
- ৫। সদস্য (অর্থ) মহোদয়ের ব্যক্তিগত কর্মকর্তা, বিআইডব্লিউটিএ, ঢাকা।
- ৬। সদস্য (প্রকৌশল) মহোদয়ের ব্যক্তিগত কর্মকর্তা, বিআইডব্লিউটিএ, ঢাকা।
- ৭। নথি।

ফরম-ক : করোনা ভাইরাস পজিটিভ এর জন্য ক্ষতিপূরণ দাবী :

কর্মকর্তা/কর্মচারীর নাম/আইডি নং	পদবী ও অফিস	বেতন গ্রেড ও স্কেল	করোনা ভাইরাস পজিটিভ সনাক্তকরণের তারিখ	সনদ/মেডিকেল রিপোর্ট	আবেদনকারী রোগীদের সেবা প্রদানে সরাসরি নিয়োজিত ছিলেন/“কোভিড-১৯” নিয়ন্ত্রণে সরকার ঘোষিত নির্দেশনা বাস্তবায়নে প্রত্যক্ষভাবে নিয়োজিত ছিলেন মর্মে নিয়ন্ত্রণকারী কর্তৃপক্ষের প্রত্যয়ন
১	২	৩	৪	৫	৬

আবেদনকারীর স্বাক্ষর ও তারিখ

ফরম-খ : করোনা ভাইরাসে মৃত্যুবরণ এর জন্য ক্ষতিপূরণ দাবী

কর্মকর্তা/কর্মচারীর নাম/আইডি নং	পদবী ও অফিস	বেতন গ্রেড ও স্কেল	করোনা ভাইরাস আক্রান্ত হয়ে মৃত্যুবরণের তারিখ	মৃত্যু সনদ	আবেদনকারীর সম্পর্কের প্রমাণ (NID-সহ)	আবেদনকারী রোগীদের সেবা প্রদানে সরাসরি নিয়োজিত ছিলেন/“কোভিড-১৯” নিয়ন্ত্রণে সরকার ঘোষিত নির্দেশনা বাস্তবায়নে প্রত্যক্ষভাবে নিয়োজিত ছিলেন মর্মে নিয়ন্ত্রণকারী কর্তৃপক্ষের প্রত্যয়ন
১	২	৩	৪	৫	৬	৭

ক্ষতিগ্রস্তের পক্ষে আবেদনকারীর নাম ও সম্পর্ক, স্বাক্ষর ও তারিখ