DRISTI PROTIBONDHI UNNAYAN PARISHAD (DPUP), BANGLADESH

অপ্রতিবন্ধী / সহযোগী সদস্য আবেদন ফরম

প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের অধিকার, অন্তর্ভুক্তি, সমতা ও মর্যাদা প্রতিষ্ঠায় DPUP-এর সঙ্গে যুক্ত হোন

সদস্যপদ নং: _____ আবেদনের তারিখ: _____ / _____ / _____

১. আবেদনকারীর ব্যক্তিগত তথ্য

পূর্ণ নাম: _____ পিতা / মাতা / স্বামী/ স্ত্রীর নাম: _____

জন্ম তারিখ: _____ / _____ / _____ লিঙ্গ: □ পুরুষ □ নারী □ অন্যান্য / উল্লেখ করতে অনিচ্ছুক

জাতীয় পরিচয়পত্র / জন্ম নিবন্ধন নং: _____ মোবাইল নম্বর: _____

ই-মেইল ঠিকানা: _____ পেশা: _____

২. ঠিকানা

বর্তমান ঠিকানা: বাড়ি/ সড়ক: _____ গ্রাম/ ওয়ার্ড: _____

ডাকঘর: _____ পোস্ট কোড: _____ উপজেলা/ থানা: _____ জেলা: _____

বিভাগ: _____

স্থায়ী ঠিকানা: _____ গ্রাম/ ওয়ার্ড: _____

ডাকঘর: _____ পোস্ট কোড: _____ উপজেলা/ থানা: _____ জেলা: __

বিভাগ: _____

৩. প্রতিবন্ধিতা অন্তর্ভুক্তির সঙ্গে সম্পর্ক / সম্পৃক্ততা

DPUP-এর প্রতিবন্ধিতা অন্তর্ভুক্তিমূলক কার্যক্রমের সঙ্গে আপনার সম্পৃক্ততা সবচেয়ে ভালোভাবে বর্ণনা করে এমন অপশনটি নির্বাচন করুন:

□ প্রতিবন্ধী ব্যক্তির পরিবারের সদস্য / পরিচর্যাকারী
□ ব্যক্তিগত সহকারী / সহায়তাকারী ব্যক্তি
□ প্রতিবন্ধী ব্যক্তির অধিকারকর্মী / স্বেচ্ছাসেবক
□ শিক্ষক / শিক্ষা পেশাজীবী
□ স্বাস্থ্য / পুনর্বাসন পেশাজীবী
□ সমাজকর্মী / কমিউনিটি কর্মী
□ গবেষক / শিক্ষার্থী
□ উন্নয়ন পেশাজীবী / এনজিও কর্মী
□ বন্ধু / শুভাকাঙ্ক্ষী / কমিউনিটি সহায়তাকারী
□ অন্যান্য: _____

৪. সদস্যপদের ধরন

□ সহযোগী সদস্য
□ সহযোগী সদস্য
□ স্বেচ্ছাসেবী সদস্য
□ অন্যান্য শ্রেণি: _____

৫. আগ্রহ ও অংশগ্রহণের ক্ষেত্র

□ প্রতিবন্ধী ব্যক্তির অধিকার ও অ্যাডভোকেসি
□ অন্তর্ভুক্তিমূলক শিক্ষা
□ দক্ষতা উন্নয়ন ও প্রশিক্ষণ
□ কর্মসংস্থান ও জীবিকা
□ স্বাস্থ্য, পুনর্বাসন ও সহায়ক প্রযুক্তি
□ প্রবেশগম্যতা ও সার্বজনীন নকশা
□ প্রতিবন্ধী নারী ও শিশু
□ যুব ও নেতৃত্ব উন্নয়ন
□ কমিউনিটি উন্নয়ন
□ গবেষণা, সচেতনতা ও যোগাযোগ

□ তহবিল সংগ্রহ / সম্পদ সংগ্রহ □ স্বেচ্ছাসেবী কার্যক্রম

□ অন্যান্য:

_____

৬. প্রাসঙ্গিক দক্ষতা / অভিজ্ঞতা

DPUP-কে প্রদান করতে পারেন এমন আপনার প্রাসঙ্গিক দক্ষতা, পেশাগত অভিজ্ঞতা, কমিউনিটিতে সম্পৃক্ততা বা অন্যান্য অবদান সম্পর্কে সংক্ষেপে লিখুন:

_____

_____

৭. জরুরি যোগাযোগ

নাম: সম্পর্ক:

_____ _____

মোবাইল নম্বর: ঠিকানা:

_____ _____

৮. আবেদনকারীর ঘোষণা ও অঙ্গীকার

আমি এতদ্বারা দৃষ্টি প্রতিবন্ধী উন্নয়ন পরিষদ (DPUP), বাংলাদেশ-এর অপ্রতিবন্ধী সহযোগী সদস্য হিসেবে সদস্যপদের জন্য আবেদন করছি। আমি নিশ্চিত করছি যে, এই আবেদনে প্রদত্ত তথ্য আমার জ্ঞান ও বিশ্বাস অনুযায়ী সত্য ও সঠিক। আমি DPUP-এর প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের অধিকার, মর্যাদা, সমতা, অন্তর্ভুক্তি, প্রবেশগম্যতা ও ক্ষমতায়নের প্রতি অঙ্গীকারকে সমর্থন করি। আমি DPUP-এর উদ্দেশ্য, মূল্যবোধ, নিয়ম ও কার্যপদ্ধতির প্রতি শ্রদ্ধাশীল থাকার এবং প্রয়োজন অনুযায়ী আমার সময়, দক্ষতা, জ্ঞান বা সহায়তা প্রতিবন্ধিতা অন্তর্ভুক্তিমূলক কার্যক্রমে প্রদান করার অঙ্গীকার করছি। আমি বুঝতে পারছি যে, এই আবেদন জমা দেওয়া মাত্রই স্বয়ংক্রিয়ভাবে সদস্যপদ প্রদান করা হয় না; DPUP-এর প্রযোজ্য নিয়ম ও কার্যপদ্ধতি অনুযায়ী আবেদন পর্যালোচনা ও অনুমোদনের পর সদস্যপদ কার্যকর হবে।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর: Date: _____ / _____ / _____

_____

নাম:

_____

৯. সুপারিশ / রেফারেন্স

DPUP সদস্য / স্থানীয় প্রতিনিধির নাম: সদস্যপদ নং: _____

_____

Mobile: _____ Signature: _____ Date: ____ / ____ / _____

১০. DPUP অফিস কর্তৃক পূরণীয়

আবেদন গ্রহণের তারিখ: _____ / _____ / _____ আবেদন যাচাই করেছেন:

_____

যাচাইয়ের অবস্থা: □ যাচাইকৃত □ প্রক্রিয়াধীন □ অতিরিক্ত তথ্য প্রয়োজন সদস্যপদ অনুমোদিত: □ হ্যাঁ □ না

অনুমোদনের তারিখ: _____ / _____ / _____ সদস্যপদ নং:

_____

অনুমোদনকারী: পদবি:

_____ _____

স্বাক্ষর ও অফিসিয়াল সিল:

_____