DRISTI PROTIBONDHI UNNAYAN PARISHAD (DPUP), BANGLADESH

সদস্যপদ আবেদন ফরম

সমতা • মর্যাদা • অন্তর্ভুক্তি • ক্ষমতায়ন

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: _____ রক্তের গ্রুপ: _____

মোবাইল নম্বর: _____ ই-মেইল ঠিকানা: _____

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 সংক্রান্ত তথ্য

ধরন : □ দৃষ্টি প্রতিবন্ধিতা □ শারীরিক প্রতিবন্ধিতা □ শ্রবণ প্রতিবন্ধিতা □ বাক/যোগাযোগ প্রতিবন্ধিতা □ বুদ্ধি প্রতিবন্ধিতা □ মনোসামাজিক প্রতিবন্ধিতা □ নিউরোডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধিতা

□ বহুমাত্রিক প্রতিবন্ধিতা □ অন্যান্য: _____ প্রতিবন্ধিতার মাত্রা/স্তর, জানা থাকলে: _____

প্রতিবন্ধী পরিচয়পত্র / সনদ নং, প্রযোজ্য হলে: _____ সহায়ক উপকরণ: □ নেই □ সাদা ছড়ি □ হুইলচেয়ার □ শ্রবণ প্রতিবন্ধিতা Aid

Other সহায়ক উপকরণ: _____

৪. শিক্ষা ও পেশা

শিক্ষাগত যোগ্যতা: □ প্রাতিষ্ঠানিক শিক্ষা নেই □ প্রাথমিক □ মাধ্যমিক □ Higher মাধ্যমিক □ স্নাতক □ স্নাতকোত্তর □ অন্যান্য: _____

বর্তমান পেশা: _____ প্রতিষ্ঠান/সংস্থা, প্রযোজ্য হলে: _____

৫. সদস্যপদ সংক্রান্ত তথ্য

সদস্যপদের ধরন : □ সাধারণ সদস্য □ সহযোগী/সমর্থক সদস্য □ অন্যান্য: _____

আগ্রহের ক্ষেত্র: □ প্রতিবন্ধী ব্যক্তির অধিকার ও অ্যাডভোকেসি □ অন্তর্ভুক্তিমূলক শিক্ষা □ দক্ষতা/প্রশিক্ষণ □ কর্মসংস্থান/জীবিকা □ স্বাস্থ্য/পুনর্বাসন

□ নারী ও শিশু □ অ্যাক্সেসিবিলিটি/প্রবেশগম্যতা □ নেতৃত্ব/যুব □ কমিউনিটি উন্নয়ন □ অন্যান্য: _____

কোনো DPO/NGO-তে পূর্ববর্তী সদস্যপদ: □ হ্যাঁ □ না হ্যাঁ হলে, প্রতিষ্ঠানের নাম: _____

৬. জরুরি যোগাযোগ

নাম: _____ সম্পর্ক: _____

মোবাইল নম্বর: _____ ঠিকানা: _____

৭. আবেদনকারীর ঘোষণা

আমি এতদ্বারা দৃষ্টি প্রতিবন্ধী উন্নয়ন পরিষদ (DPUP), বাংলাদেশ-এর সদস্যপদের জন্য আবেদন করছি। আমি নিশ্চিত করছি যে, এই আবেদনে প্রদত্ত তথ্য আমার জ্ঞান ও বিশ্বাস অনুযায়ী সত্য ও সঠিক। আমি DPUP-এর উদ্দেশ্য, মূল্যবোধ, নিয়ম ও কার্যপদ্ধতির প্রতি শ্রদ্ধাশীল থাকার এবং প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের অধিকার, মর্যাদা, সমতা, অন্তর্ভুক্তি ও ক্ষমতায়নের প্রসারে ইতিবাচকভাবে অবদান রাখার 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/বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ: _____ Date: ___ / ___ / _____

নাম: _____

৮. সুপারিশ

সুপারিশকারী DPUP সদস্য / স্থানীয় প্রতিনিধির নাম: _____ সদস্যপদ নং: _____

Mobile: _____ Signature: _____ Date: ___ / ___ / _____

৯. 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: _____