

বিজ্ঞপ্তি নং-বিজিএ/ইস্যু/২০২২/২৪২

তারিখ: ১৮-১০-২০২২

সকল সম্মানিত সদস্যের জন্য

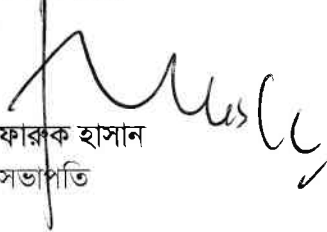
বিষয়: কেন্দ্রীয় তহবিল থেকে তৈরি পোশাক কারখানায় কর্মরত শ্রমিকদের মৃত্যু ও পঙ্গুত্বজনিত ক্ষতিপূরণ/বীমা সুবিধা, শ্রমিক ও তাঁদের পরিবারের চিকিৎসার জন্য আর্থিক সহায়তা এবং শ্রমিকদের মেধাবী সন্তানদের শিক্ষা বৃত্তি প্রদান প্রসঙ্গে।

প্রিয় সহকর্মী,

আপনার সদয় অবগতির জন্য জানানো যাচ্ছে যে, গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের শ্রম আইন ২০০৬ ও শ্রম বিধিমালা ২০১৫ অনুযায়ী পোশাক শিল্প শ্রমিকদের কল্যানের লক্ষ্যে শিল্প মালিকদের অনুদানে গঠিত কেন্দ্রীয় তহবিল থেকে পোশাক কারখানায় কর্মরত শ্রমিকদের মৃত্যু ও পঙ্গুত্বজনিত ক্ষতিপূরণ/বীমা সুবিধা, শ্রমিক ও তাঁদের পরিবারের (স্বামী-স্ত্রী, ছেলে-মেয়ে, বাবা-মা) চিকিৎসায় আর্থিক সহায়তা এবং শ্রমিকদের মেধাবী সন্তানের জন্য এস.এস.সি এবং এইচ.এস.সি পরীক্ষায় জিপিএ ৪.০ অথবা তদূর্ধ্ব জিপিএ প্রাপ্ত সন্তানদেরকে শিক্ষাবৃত্তি প্রদান করা হয়।

এমতাবস্থায়, আপনার কারখানায় কর্মরত শ্রমিকদের মৃত্যু ও পঙ্গুত্বজনিত ক্ষতিপূরণ/বীমাসুবিধা, চিকিৎসা ব্যয় নির্বাহের জন্য আর্থিক সহায়তা এবং শ্রমিকদের মেধাবী সন্তানের শিক্ষাবৃত্তি প্রাপ্তির নিমিত্তে এতদসঙ্গে সংযুক্ত ফরম পূরণ করে প্রয়োজনীয় কাগজপত্রসহ বিজিএমইএ-এর ইস্যুরেস শাখায় (৫ম তলা) দাখিল করার জন্য অনুরোধ জানানো যাচ্ছে। এ সংক্রান্ত প্রয়োজনে চিকিৎসা এবং শিক্ষা সহায়তা বিষয়ক আবেদন এর জন্য জনাব মো: মিজানুর রহমান, সিনিয়র সহকারী সচিব (মোবাইল: ০১৭১২১০৫৩২৪) এবং মৃত্যু ও পঙ্গুত্বজনিত ক্ষতিপূরণ/বীমাসুবিধা বিষয়ক আবেদন এর জন্য জনাব মো: মাহবুব রহমান সহকারী সচিব (মোবাইল: ০১৭২৪১৪০৩৭৬) এর সাথে যোগাযোগ করা যেতে পারে।

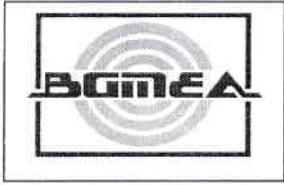
ধন্যবাদান্তে,


ফারুক হাসান
সভাপতি

BANGLADESH GARMENT MANUFACTURERS & EXPORTERS ASSOCIATION (BGMEA)

বাংলাদেশ পোশাক প্রস্তুতকারক ও রপ্তানীকারক সমিতি

— বাংলাদেশ তৈরি —



Bangladesh Garments Manufacturers and Exporters Association (BGMEA)

BGMEA Complex, House # 7/7A, Block #H1, Sector #17, Uttara, Dhaka-1230

Insurance Section Claim Form

Please Fill in the Form Completely (Incomplete claim form shall not be accepted)

Factory	Factory Name:		BGMEA Reg. _____	
Insured	Name of Insured:		Age	Sex
	Last Residence Address:			Male Female
	Global ID No:	Local ID :	Date of Last attendance of Work:	
	Date of Joining		Date of Notification:	
Claim	Place of Incident	<input type="checkbox"/> Inside Factory	<input type="checkbox"/> Outside Factory	Date of Death:
	Type of Claim	<input type="checkbox"/> Natural Death	<input type="checkbox"/> Accidental Death	<input type="checkbox"/> Permanent Disable
Nominee	Name of Nominee and his/her Contact No:		Relations with Nominee:	
	Address of Nominee:			

Enclosed supporting Document (Please Put a serial Number on each Document)

For Death Claim		For Disability Claim	
➤ Original Death Certificate from MBBS Doctor With Registration No	<input type="checkbox"/>	➤ Employer's Statement of Injury	<input type="checkbox"/>
➤ Employment Certificate	<input type="checkbox"/>	➤ Photograph of Concerned Person (With exposure of severed organ)	<input type="checkbox"/>
➤ NID Card & Job Card	<input type="checkbox"/>	➤ Physician's Certificate	<input type="checkbox"/>
➤ Appointment Letter	<input type="checkbox"/>	➤ FIR (From Police Station)	<input type="checkbox"/>
➤ Service Book	<input type="checkbox"/>	➤ News Paper Report(If Any)	<input type="checkbox"/>
➤ Attendance Sheet(Last Three Month)	<input type="checkbox"/>		
➤ Salary Statement(Last Three Month)	<input type="checkbox"/>		
➤ Leave Approval Sheet	<input type="checkbox"/>		
Additional for Accidental Death:	<input type="checkbox"/>		
➤ FIR Report	<input type="checkbox"/>		
➤ Post Mortem Report/Waiver Certificate	<input type="checkbox"/>		
➤ News Paper Report(If Any)	<input type="checkbox"/>		

We hereby certify that the statement furnished above and documents enclosed herewith are true and complete to the best of our knowledge. We hereby authorize all physicians, hospital, clines, pharmacies, laboratories, previous employee, any institutions or any other persons who has any record or information about the insured to provide BGMEA and all information with respect to the claim including medical history, consultation, prescription, treatment and copies of all hospital or medical records. Any copy of this authorization shall be considered as original.

We hereby warrant that the said employee was in our payroll continuously from the date of his/her insurance to the date of incident.

Name of Authorized Official of the Factory

Signature, Seal & Date



**Bangladesh Garments Manufacturers and Exporters
Association (BGMEA)**

BGMEA Complex, House # 7/7A, Block #H1, Sector #17, Uttara, Dhaka-1230

Nominee Form

Insurance claim due to death/Crippled of worker/Staff in the BGMEA Members Unit:

1. Name of the Garments & Address _____

2. Name of the deceased _____

3. Date of Birth Date : ___/___/201

4. Date and time of death/Crippled Date : ___/___/201 Time: _____

5. Reasons for death _____

6. Was he or She married Yes No.

7. if Yes, no of Children

8. Name of the Heirs and Relationship with the deceased:

Sl No	Name	Relation	Age

9. Address of the deceased where he or she lived _____

10. Name of the authorized nominee who would received the Cheque with authorized letter given by the employer(garments Unit) attesting his/her signature in a letter head pad(As per attached format)

11. Is there any succession Certificate : Yes No

12. Name of the Bank with A/C of the Nominee _____

13. What is the Relation of the Nominee with the deceased _____

14. Nominee's contact number. _____

15. Name of the Persons whom the above information were collected _____

**Counter Signed by
Chairman/MD/Director
Garments Units Name**

**For use of BGMEA
Name of the Officer
Designation:-----**

ইউনিয়ন চেয়ারম্যান/কমিশনার সাহেবের প্যাডে এই প্রত্যয়ন পত্রটি দিতে হবে

প্রত্যয়ন পত্র

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে মরহুম/মরহুমা স্বামী/স্ত্রী/পিতা/মাতা নাম..... ইউনিয়ন.....
গ্রাম..... থানা..... পোষ্ট অফিস..... উপজেলা.....জেলা..... এর স্থায়ী বাসিন্দা
ছিলেন। তিনি মেসার্স লিঃ এ চাকুরী করা কালে বিগত..... তারিখে মৃত্যুবরণ করেন (ইন্না
লিলগাছে ওয়া ইন্না এলাহে.....রাজেউন)।

আরো সনদ দেয়া যাচ্ছে যে তার মৃত্যুর পর নিঃ লিখিত ব্যক্তি/ব্যক্তিবর্গ তার ওয়ারিশান হিসাবে রেখে গেছেন।

<u>ক্রমিক নং</u>	<u>ওয়ারিশানের নাম</u>	<u>সম্পর্ক</u>	<u>বয়স</u>
------------------	------------------------	----------------	-------------

১।

২।

৩।

৪।

উপরোক্ত ওয়ারিশানগণ নিজেদের মধ্যে আলোচনা করে সর্বসম্মতিক্রমে তাদের স্ত্রী/স্বামী/পিতা/মাতা/ভাই/বোন/ছেলে/মেয়ে
..... কে গ্রুপ বীমার ২ লক্ষ/১ হাজার/৫০ হাজার টাকার চেক গ্রহণের জন্য নমিনি হিসাবে
মনোনীত করেছেন।

অতএব, মনোনীত নমিনিকে গ্রুপ বীমার ২ লক্ষ/ ১ লক্ষ/ ৫০ হাজার টাকার চেক দেয়া যেতে পারে তার নমুনা স্বাক্ষর
এতদ্বারা সত্যায়িত করা হলো।

নমিনির স্বাক্ষর :

সংশ্লিষ্ট ইউনিট কর্তৃক সত্যায়িত

চেয়ারম্যান/কমিশনার কর্তৃক সত্যায়িত

১.

২.

৩.

(-----)
চেয়ারম্যান এর নাম এবং সিল

Authority letter



(To be Printed Letter Head pad of the Company)

I do hereby authorized Mr/Mrs _____ to received the cheque of Group insurance of Tk.----- being 100% of the claim due to death of ----- who was serving in my factory till his/her death.

The specimen signature of Mr/Mrs----- is also attested here with.

Specimen Signature:

- 1.
- 2.
- 3.

(-----)

M.D/Director/Chairman



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
কেন্দ্রীয় তহবিল
শ্রম ও কর্মসংস্থান মন্ত্রণালয়

আবেদনকারীর
পাসপোর্ট সাইজের
১ (এক) কপি ছবি

চিকিৎসার জন্য আর্থিক সহায়তার আবেদন ফরম

বিজিএমইএ ও বিকেএমইএ-এর অন্তর্ভুক্ত বিভিন্ন তৈরী পোশাক শিল্প কারখানায় কর্মরত শ্রমিক ও তাদের পরিবারের সদস্যদের জন্য
বরাবর
মহাপরিচালক
কেন্দ্রীয় তহবিল

আর্থিক সহায়তা চাওয়ার কারণ : (সংশ্লিষ্ট ক্ষেত্রে টিক (✓) দিন)

- (ক) দুর্ঘটনাজনিত কারণে দৈহিক ও মানসিকভাবে স্থায়ী/অস্থায়ী অক্ষমতা;
(খ) দুরারোগ্য চিকিৎসার জন্য আর্থিক সহায়তা (ক্যান্সার, হাঁপানি, ডায়াবেটিস, হৃদরোগ, রিউমেটয়েড আর্থাইটিস ইত্যাদি);
(গ) মহিলা শ্রমিকের মাতৃত্ব কল্যাণ ;

বিঃদ্র: চিকিৎসাধীন শ্রমিকদের ক্ষেত্রে রেজিস্টার্ড চিকিৎসকের মেডিকেল সার্টিফিকেট/চিকিৎসা ব্যবস্থাপত্র/চিকিৎসা ছাড়পত্র সংযুক্ত করতে
হবে যার সময়সীমা বিগত ১০৫ দিনের মধ্যে হতে হবে।

১। আবেদনকারী শ্রমিকের ব্যক্তিগত তথ্যাবলীঃ

- (ক) নাম :-
(খ) পদবী :-.....
(গ) স্ত্রী / স্বামীর নাম :-
(ঘ) পিতার নাম :-
(ঙ) মাতার নাম :-
(চ) জন্ম তারিখ :-
(ছ) জাতীয় পরিচয়পত্র/জন্ম সনদ নম্বর (সত্যায়িত অনুলিপি সংযুক্ত করতে হবে) :-.....
(জ) স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম/মহল্লা :- ডাকঘর :-.....
থানা/উপজেলা :- জেলা :-
মোবাইল নম্বর (আবশ্যিক) :-
(ঝ) বর্তমান ঠিকানা : গ্রাম/মহল্লা :-..... ডাকঘর :-
থানা/উপজেলা :- জেলা :-

২। কর্মরত প্রতিষ্ঠানের/কারখানার নাম ও ঠিকানা (নিয়োগপত্রের অনুলিপি সংযুক্ত করতে হবে)ঃ.....

বিঃদ্র: শ্রমিক যে প্রতিষ্ঠানে কর্মরত সেই প্রতিষ্ঠানের এবং বিজিএমইএ/বিকেএমইএ-এর সুপারিশ থাকতে হবে।

কারখানা কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর ও সীল	বিজিএমইএ/বিকেএমইএ-এর কর্মকর্তার স্বাক্ষর ও সীল
মোবাইল নং-	মোবাইল নং-

৩। পরিবারের যার জন্য আবেদন করা হচ্ছে (মা, বাবা, স্বামী/স্ত্রী, ছেলে/মেয়ে) :

- (ক) নাম :-
- (খ) স্ত্রী / স্বামীর নাম :-
- (গ) পিতার নাম :-
- (ঘ) মাতার নাম :-
- (ঙ) জাতীয় পরিচয়পত্র/জন্ম সনদ নম্বর (সত্যায়িত অনুলিপি সংযুক্ত করতে হবে) :-
- (চ) আবেদনকারীর সাথে সম্পর্ক :-

৪। কেন্দ্রীয় তহবিল হতে ইতোপূর্বে আর্থিক অনুদান পেয়ে থাকলে তার বিবরণ :

- (ক) প্রাপ্তির তারিখ :- (খ) প্রাপ্ত অর্থের পরিমাণ :-
- (গ) প্রাপ্তির কারণ :-

৫। সরকারী বা বেসরকারী কোন তহবিল বা উৎস হতে ইতোপূর্বে আর্থিক অনুদান পেয়ে থাকলে তার বিবরণ :

- (ক) প্রাপ্তির তারিখ :- (খ) প্রাপ্ত অর্থের পরিমাণ :-
- (গ) প্রাপ্তির কারণ :-

৬। অন্য কোনো তথ্য (যদি থাকে) :

.....

আমি ঘোষণা করছি যে, এই আবেদনপত্রে বর্ণিত সকল তথ্য আমার জ্ঞান ও বিশ্বাসমতে সত্য এবং আমি কোনো তথ্য গোপন করি নাই।

আবেদনকারীর নাম, স্বাক্ষর ও তারিখ

বিঃ দ্রঃ অসম্পূর্ণ ও ভুল আবেদনপত্র বাতিল বলে গণ্য হবে।



শ্রমিক ও মেধাবী
সন্তানের পাসপোর্ট
সাইজের ১ (এক)
কপি করে ছবি

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
কেন্দ্রীয় তহবিল

শ্রম ও কর্মসংস্থান মন্ত্রণালয়

২১ তলা, ভবন নং: ৬, বাংলাদেশ সচিবালয়, ঢাকা-১০০০।

www.centralfund.gov.bd

শিক্ষাবৃত্তি প্রাপ্তির আবেদন ফরম

(শতভাগ রপ্তানিমুখি শিল্প কারখানায় কর্মরত শ্রমিকের মেধাবী সন্তানদের জন্য)

বরাবর

মহাপরিচালক

কেন্দ্রীয় তহবিল

সংশ্লিষ্ট ক্ষেত্রে টিক চিহ্ন (✓) দিনঃ-

(ক) এস.এস.সি. বা সমমান

(খ) এইচ.এস.সি. বা সমমান

(বিঃদ্রঃ- এস.এস.সি. ও এইচ.এস.সি.-তে ৪.০ অথবা তদুর্ধ্ব প্রাপ্তরাই আবেদন করতে পারবে। আবেদনের সময়সীমা পরীক্ষার ফল প্রকাশের এক বছরের মধ্যে হতে হবে।)

১। আবেদনকারী ব্যক্তিগত তথ্যবলীঃ-

(ক) নামঃ

(খ) পিতার নামঃ (গ) মাতার নামঃ

(ঘ) পদবীঃ (ঙ) জন্ম তারিখঃ

(চ) জাতীয় পরিচয়পত্র/ জন্ম সনদ (সত্যায়িত অনুলিপি সংযুক্ত করতে হবে):

(ছ) স্থায়ী ঠিকানাঃ গ্রাম/ মহল্লাঃ ডাকঘরঃ

থানা/উপজেলাঃ জেলাঃ

(জ) বর্তমান ঠিকানাঃ- গ্রাম/ মহল্লাঃ ডাকঘরঃ

থানা/উপজেলাঃ জেলাঃ

(ঝ) মোবাইল নাম্বর (আবশ্যিক):

২। শ্রমিকের কর্মরত প্রতিষ্ঠানের / কারখানার নাম ও ঠিকানা (স্পষ্ট অক্ষরে) লিখুনঃ-

.....

.....

৩। শ্রমিকের মেধাবী সন্তানের বিবরণঃ-

(ক) নামঃ

(খ) পিতার নামঃ (গ) মাতার নামঃ

(ঘ) শিক্ষা প্রতিষ্ঠানের নামঃ

(ঙ) জাতীয় পরিচয় পত্র/জন্ম সনদ পত্রের নাম্বারঃ

(চ) অর্জিত ফলাফলঃ (ছ) পাশের সনঃ

(জ) মোবাইল নাম্বর (যদি থাকে):



৪। শ্রমিকের ব্যাংক হিসাবের বিবরণী অথবা মোবাইল ব্যাংকিং নাম্বারঃ- (চেক অথবা ব্যাংক ডকুমেন্টের কপি সংযুক্ত করতে হবে)

ব্যাংক হিসাবের নাম ও শাখার নাম	ব্যাংক হিসাবের নাম্বার	রাউটিং নাম্বার

অথবা

মোবাইল ব্যাংকিং নাম্বার	
নগদ / বিকাশ / রকেট নাম্বারঃ	

৫। কেন্দ্রীয় তহবিল হতে ইতোপূর্বে কোন আর্থিক অনুদান পেয়ে থাকলে তার বিবরণঃ-

(ক) প্রাপ্তির তারিখঃ (খ) প্রাপ্ত অর্থের পরিমাণঃ

(গ) প্রাপ্তির কারণঃ

৬। সংযুক্তিঃ- (কপি সংযোজন পূর্বক টিক চিহ্ন দিন)

শ্রমিকের ক্ষেত্রে	সন্তানের ক্ষেত্রে
<input type="checkbox"/> শ্রমিকের নিয়োগপত্রের অনুলিপি	<input type="checkbox"/> সন্তানের জাতীয় পরিচয়পত্র/জন্ম সনদ পত্রের অনুলিপি ও ছবি
<input type="checkbox"/> শ্রমিকের জাতীয় পরিচয়পত্রের অনুলিপি ও ছবি	<input type="checkbox"/> শিক্ষাপ্রতিষ্ঠান কর্তৃক মার্কশীটের সত্যায়িত কপি
<input type="checkbox"/> কারখানা কর্তৃক প্রদত্ত আইডি কার্ডের অনুলিপি	<input type="checkbox"/> শিক্ষাপ্রতিষ্ঠান কর্তৃক প্রদত্ত আইডি কার্ডের অনুলিপি
<input type="checkbox"/> কারখানা কর্তৃক প্রদত্ত প্রত্যয়নপত্রের মূলকপি	
<input type="checkbox"/> বিজিএমইএ ও বিকেএমইএ কর্তৃক প্রদত্ত মেম্বারশীপ সার্টিফিকেট	

৭। অন্য কোনো তথ্য (যদি থাকে):-

আমি ঘোষণা করতছি যে, এই আবেদন পত্রে বর্ণিত সকল তথ্য আমার জ্ঞান ও বিশ্বাস মতে সত্য এবং আমি কোনো তথ্য গোপন করি নাই।

আবেদনকারীর নাম, স্বাক্ষর ও তারিখ

৮। আবেদন কেন্দ্রীয় তহবিলে প্ররণের পূর্বে নিম্নোক্ত সুপারিশ সংগ্রহ করতে হবেঃ-

কারখানা কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর, সীল এবং মোবাইল নাম্বার	বিজিএমইএ/বিকেএমইএ-এর দায়িত্বপ্রাপ্ত কর্মকর্তার স্বাক্ষর, সীল এবং মোবাইল নাম্বার

(বিঃদ্রঃ- অসম্পূর্ণ ও ভুল আবেদন বাতিলের ক্ষেত্রে কেন্দ্রীয় তহবিলের সিদ্ধান্তই চূড়ান্ত বলে গণ্য হবে।)