

প্রতিবন্ধী ইউনিটের জন্য যোগ্যতার সার্টিফিকেট
আবেদনকারীর সম্মতিসূচক কভার পত্র
(COVID-19 মহামারী চলাকালীন ব্যবহার করার জন্য)

নাম: _____ লগ #: _____

ডেভেলপমেন্টের নাম: _____

<Applicant Name> এতদ্বারা প্রত্যয়িত করছেন যে COVID-19 সম্পর্কিত বর্তমান সাময়িক পরিস্থিতির কারণে, আমি কোনও লাইসেন্সপ্রাপ্ত চিকিৎসা পেশাদারের থেকে প্রয়োজনীয় অক্ষমতা যাচাইকরণ (Verification of Disability) ফর্মটি পূর্ণ করাতে পারিনি।

আমি নিশ্চিত করছি যে যুক্তিযুক্তভাবে এটি করা সম্ভব হলেই আমি ফর্মটি পূর্ণ করব এবং মালিক/এজেন্টের কাছে জমা করব। আমি বুঝেছি যে চলাফেরা, দৃষ্টিশক্তি এবং শ্রবণ সম্পর্কিত অক্ষমতা আছে এমন ব্যক্তি যাদের প্রবেশযোগ্য/অভিযোজ্য ইউনিটের প্রয়োজন তাদের জন্য আলাদা করে রাখা একটি ইউনিটের জন্য আমাকে প্রক্রিয়া করা হচ্ছে এবং আমার দায়িত্ব হল বসবাস করতে শুরু করার প্রথম বছরের মধ্যে একটি যথাযথভাবে পূর্ণ করা ফর্ম প্রদান করা।

শপথ ভঙ্গ করার শাস্তির অধীনে, আমি প্রত্যয়িত করছি যে এই হলফনামায় উপস্থাপিত তথ্য আমার জ্ঞান অনুসারে সত্য এবং সঠিক। নিচে স্বাক্ষরকারী আরও বুঝেছেন যে এখানে মিথ্যা তথ্য উপস্থাপন করা হলে তা জালিয়াতি হিসেবে বিবেচনা করা হবে। মিথ্যা, বিভ্রান্তিকর বা অসম্পূর্ণ তথ্য প্রদান করা হলে ফলস্বরূপ এই আবেদনের প্রক্রিয়াকরণ বাতিল করা হতে পারে।

স্বাক্ষর

তারিখ