



International Organization for migration
Migration Health Assessment Clinic, Dhaka
UKTBDP- Information Sheet

PLEASE COMPLETE THIS FORM IN **CAPITAL** LETTERS
*Denotes mandatory section

A. APPLICANT INFORMATION *

Name (নাম)		Date of birth (জন্ম তারিখ)	
Passport No (পাসপোর্ট নম্বর)		Gender <input type="checkbox"/> Male (পুরুষ) <input type="checkbox"/> Female (মহিলা)	
Residential Address (ঠিকানা)			
		e-mail:	
Mobile No (মোবাইল নং)		Telephone in UK (ইউকে ফোন নং)	
Proposed Address in UK (যুক্তরাজ্যে অবস্থান কালীন ঠিকানা)			
		Post Code:	

B. VISA INFORMATION*

Type of visa you are applying for (আপনি যে ভিসার জন্য আবেদন করবেন):

Student With Scholarship Student Without Scholarship Settlement & Dependent (spouse)

Work Other (Visit, Domestic worker, Business)

C. SPONSOR INFORMATION

Is applicant being sponsored from UK (আপনাকে ইউকে থেকে স্পনসর করা হয়েছে)?

No (না) Yes(হ্যাঁ) If Yes, Type of sponsor (যদি হ্যাঁ হয়, স্পনসরের ধরন):

Education (শিক্ষা) Employer (নিয়োগকর্তা) Family (পরিবার) Other (অন্যান্য).....

Name of Sponsor (স্পনসরের নাম):

Sponsor Address in UK (স্পনসরের ঠিকানা):

D. MEDICAL INFORMATION*

Did you Have TB test in IOM Clinic Before(আই.ও.এম ক্লিনিকে পূর্বে টিবি টেস্ট করিয়েছেন)? No (না) Yes (হ্যাঁ)

If Yes, Where (যদি হ্যাঁ হয়, কোথায় করিয়েছেন)? Dhaka (ঢাকা) Sylhet (সিলেট) Chittagong (চট্টগ্রাম)

Previous IOM ID Expiry Date

Did you ever suffer from Pulmonary TB (আপনি কি কখনো ফুসফুসে যক্ষা রোগে ভুগেছেন)? No (না) Yes (হ্যাঁ)

If yes- Did you get treatment (যদি হ্যাঁ হয়, চিকিৎসা নিয়েছেন)? No (না) Yes (হ্যাঁ)

Known Family Contact with Infectious TB (পরিবারে কেউ হেঁমাচে যক্ষা রোগী আছেন/ ছিলেন)? No (না) Yes (হ্যাঁ)

E. FOR FEMALE APPLICANTS ONLY*

Are you pregnant (গর্ভবতী কিনা)? Yes (হ্যাঁ) No (না) Possibly (সম্ভবত)

If Yes, Have relevant documents? Yes(হ্যাঁ) No (না)

F. ACCOMPANYING CHILD INFORMATION*

Number of children under age 11, accompanying (১১ বছরের নিচে শিশুর সংখ্যা, সঙ্গে যাবে এমন):

1 st Child's Name (শিশুর নাম):	Date of birth (জন্ম তারিখ) :
Relationship(সম্পর্ক):	<input type="checkbox"/> Male (ছেলে) <input type="checkbox"/> Female (মেয়ে)
2 nd Child's Name (শিশুর নাম):	Date of birth (জন্ম তারিখ) :
Relationship(সম্পর্ক):	<input type="checkbox"/> Male (ছেলে) <input type="checkbox"/> Female (মেয়ে)

G. APPLICANT'S SIGNATURE*

Signature of applicant (As appeared in Passport):	Date:
---	-------

H. PLEASE ENCLOSE

1. Original Passport – মূল পাসপোর্ট
2. Photocopy of Passport (1 copy) - পাসপোর্টের ফটোকপি -১ কপি
3. Recent color photograph – (1 copy) সম্প্রতি তোলা রঙিন ছবি - ১ কপি