

समाज कल्याण विभाग द्वारा नियम 5, 1982 के अंतर्गत प्रदेश के गरीब अनुसूचित जाति / जनजातियों के व्यक्तियों को गंभीर रोगों से पीड़ित चिकित्सा हेतु आर्थिक सहायता प्राप्त करने का आवेदन पत्र

आवेदक का वर्तमान में
खींचा गया स्वप्रमाणित
फोटो

1. प्रार्थी का पूरा नाम (हिन्दी में).....
 2. प्रार्थी का पूरा नाम (अंग्रेजी में).....
 3. पिता/पति का नाम
 4. स्थायी पता
मकान न.पट्टीपो. ओ.
विकासखंड..... तहसील
 - जिला पिन
 5. प्रार्थी के रहवास क्षेत्र (ग्रामीण/शहरी).....
 6. पत्राचार का पता
मकान न.पट्टीपो. ओ.
मोहल्ला
 - विकासखंड..... तहसील
 - जिलापिन
 7. प्रार्थी की जाति (अनुसूचित जाति/ अनुसूचित जनजाति).....
 8. प्रार्थी की आयु(केवल वर्ष में)
 9. लिंग
 10. प्रार्थी की वैवाहिक स्थिति(विवाहित/ विधवा)
 11. प्रार्थी का ई मेल (यदि है).....
 12. प्रार्थी का मोबाईल न.
 13. प्रार्थी के समस्त स्रोतों से आय
 14. प्रार्थी का 12 अंको का आधार क्रमांक (यदि है).....
 15. बी पी एल श्रेणी (हाँ / नहीं).....
- यदि हाँ , आवेदक का बी पी एल क्रमांक
- बी पी एल प्रमाण पत्र जारी करने का दिनांक

16. प्रार्थी का जाति प्रमाण पत्र क्रमांक.....

जाति प्रमाण पत्र जारी दिनांक

17. प्रार्थी के बैंक की जानकारी

बैंक का नाम

ब्रांच का नाम

आई एफ एस सी कोड

खाता क्रमांक

18. अस्पताल में प्रार्थी के दाखिले की तिथि:

19. अस्पताल से प्रार्थी के डिस्चार्ज की तिथि:

20. अस्पताल का नाम:

21. प्रार्थी के रोग का नाम:

22. प्रार्थी के चिकित्सा अधिकारी का नाम :.....

23. प्रार्थी की वित्तीय मदद:

24. यदि आवेदन प्रस्तुत कर्ता प्रार्थी से भिन्न हो तो,

I. आवेदन प्रस्तुत कर्ता का नाम

II. आधार क्रमांक (यदि है).....

III. आवेदन प्रस्तुत कर्ता का स्थायी पता

मकान न.पट्टीपो. ओ.

विकासखंड..... तहसील

जिलापिन

मोबाईल न.

25. प्रार्थी की आश्रितों की संख्या

26. आवश्यक दस्तावेजों की सूची

I. आवेदक का फोटो

II. आवेदक का जाति प्रमाण पत्र की मूल प्रति जो कि तहसील द्वारा वर्तमान में जारी हुआ हो।

- III. आवेदक का आय प्रमाण पत्र की मूल प्रति जो कि तहसील द्वारा वर्तमान में जारी हुआ हो |
- IV. बी पी एल के स्व-सत्यापित प्रति, जो कि खंड विकास अधिकारी द्वारा निर्गत किया हो |
- V. राशन कार्ड की स्व-सत्यापित प्रति
- VI. पूर्व में बीमारी के लिए इस योजना का लाभ ना लेने का शपथ पत्र
- VII. आवेदक के बैंक खाते की पासबुक के प्रथम पृष्ठ, जिसमें आवेदक का नाम, पता, बैंक का नाम, ब्रांच का नाम, आई एफ सी कोड एवं अकाउंट क्रमांक सुस्पष्ट हो, की स्वयं सत्यापित छाया प्रति
- VIII. आवेदक के मेडिकल विशेषज्ञ का प्रमाण पत्र

आवेदक के हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी

नाम

स्थान

मेडिकल विशेषज्ञ का प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती

पुत्र/पत्नीनिवासी ग्राम/मोहल्ला.....

..... पो. ओ.....

विकासखंड.....तहसील.....जिला.....

..... की चिकित्सा केंद्र

..... में

दिनांक..... को चिकित्सीय जाच की गई जिसमें उन्हे

.....

नाम के गंभीर रोग से ग्रसित होना पाया गया। अतः राजकीय निःशुल्क चिकित्सा सुविधा

के अंतर्गत इन्हें रु.....(शब्दों में

.....)

विशेष खुराक एवं बाहर से क्रय की जाने वाली/ दिये जाने वाली दवाओं के लिए आर्थिक

सहायता/ अनुदान दिये जाने की संतुति की जाती है ।

आवेदक को दिनांकसे इस चिकित्सा केंद्र से छुट्टी दे दी गई ।

ह. सहायक समाज कल्याण अधिकारी
(मुहर दिनांक सहित)

विशेषज्ञ का नाम
ह. एवं मुहर दिनांक सहित
(राजकीय चिकित्साधिकारी)