

डॉ० अम्बेडकर चिकित्सा सहायता
योजना के अधीन चिकित्सा सहायता
प्राप्त करने के लिए आवेदन-पत्र

1. रोगी का नाम-.....
2. पिता/माता/पति/अभिभावक -
3. जाति (जाति प्रमाण पत्र की अभिप्रमाणित कॉपी
संलग्न करें)
4. आवासीय पता -
5. लिंग-.....
6. आयु-.....
7. रोग की प्रकृति-.....
8. उस अस्पताल का नाम (व पूरा पता पिन कोड
सहित) जहां से ईलाज कराना है.....
9. वांछित वित्तीय मदद (ऊपर बताए गए अस्पताल से
अनुमानित खर्च का मूल प्रमाण-पत्र संलग्न करें)
.....

10. परिवार के सभी वयस्क सदस्यों की सभी स्रोतों से
वार्षिक आय (समूह/प्रमाण-पत्र संलग्न करें)
.....

11. क्या आवेदक ने किसी अन्य स्रोत से भी ऐसी
सहायता ली है, यदि हां, तो उसका विवरण दे।
.....

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त जानकारी
मेरे श्रेष्ठतम ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार
तथ्यापूर्ण व सत्य है और इनमें से कुछ भी छिपाया
नहीं गया है।

(आवेदक का हस्ताक्षर)

(स्वयं अथवा नाबालिग के मामले में कानूनी अभिभावक)

अप्रसारित -

(स्थानीय सांसद (लोक सभा या राज्य सभा) या
जिला के जिलाधिकारी/जिला के उपायुक्त या
राज्य/संघशासित प्रदेश के स्वास्थ्य व समाज
कल्याण विभाग के प्रभारी सचिव)