

दीनदयाल अंत्योदय उपचार योजना

--

- 1 - मुखिया का नाम - .....
- 2 - पिता/पति का नाम - .....
- 3 - उम्र ..... लिंग ..... जाति (अ.जा./अ.ज.जा./सामान्य) .....
- 4 - पता .....
- 5 - परिवार के सदस्यों का विवरण (परिवार में पति, पत्नि, नाबलिंग बच्चे, आश्रित माता-पिता एवं आश्रित विधवा अथवा परित्यक्ता पुत्री शामिल माने जावेंगे)

क्र.	सदस्य का नाम	उम्र	लिंग	मुखिया से संबंध
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

- 6 - गरीबी रेखा का नम्बर .....

मुखिया के हस्ताक्षर/अंगूठा निशान एवं नाम

हस्ताक्षर  
मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी/  
ब्लॉक मेडिकल ऑफिसर