

प्ररूप-46

(देखिए नियम-280 देखें)
अशक्तता (अयोग्यता) पैन्शन हेतु आवेदन

दुर्घटनाओं हेतु अनुग्रहपूर्वक चिकित्सा सहायता हेतु आवेदन

- 1, आवेदक का नाम और पता
- 2, आयु तथा जन्म तिथि
- 3, रजिस्ट्रीकरण संख्या
- 4, प्रथम अभिदाय भुगतान की तारीख (चालान संख्या राशि शाखा और बैंक का नाम)
- 5, अन्तिम अभिदाय भुगतान की तारीख (चालान संख्या राशि शाखा और बैंक का नाम)
- 6, अभिदाय की कुल राशि
- 7, दुर्घटना सम्बन्धी ब्यौरे।
- 8, दुर्घटना के कारण हुई निशक्तता की प्रकृति।
- 9, क्या उपचार सरकारी अस्पताल में हुआ है (यदि हां तो दाखिल और छुट्टी की तारीखें)
- 10, क्या रोंगी को पलस्तर लगा था ?
(यदि हां तो कितने दिनों तक का)
- 11, प्रस्तुत दस्तावेजों की सूची
- 12, वित्तीय सहायता जिसके लिये आवेदन किया हो।
- 13, क्या आवेदक उपचार हेतु वित्तीय सहायता पहले प्राप्त की है? यदि हां, तो इसकी विशिष्टियां दें।

उपरोक्त तथ्य मेरे समुचित ज्ञान और सूचनाओं के अनुसार सही है।

स्थान :

तारीख :

आवेदक का नाम तथा हस्ताक्षर