

मध्यप्रदेश शासन,
सामाजिक न्याय विभाग द्वारा
मध्यप्रदेश के निर्धन एवं निराश्रित निःशक्त व्यक्तियों की
निःशक्तता निवारण के लिए शल्य चिकित्सा हेतु आवेदन पत्र

- 1- आवेदक का नाम:-
- 2- पिता/पति का नाम:-
- 3- स्थायी पता:-
- 4- वर्तमान पता:-
- 5- मध्यप्रदेश में निवास की अवधि:-
- 6- नागरिकता:-
- 7- जन्मतिथि:-
- 8- परिवार के आश्रितों का विवरण
नाम आयु संबंध

यहां नवीनतम
प्रमाणित फोटो
चिपकाया जावे

- 1-
- 2-

- 9- निःशक्तता की प्रकृति एवं प्रतिशत
(चिकित्सा प्राधिकारी का प्रमाण पत्र)
- 10- वार्षिक आय (सभी स्रोतों से)
(आय का प्रमाण पत्र,सामाजिक न्याय विभाग द्वारा अधिकृत व्यक्ति/अधिकारी द्वारा
प्रदान किया गया अनुमन्य होगा)
- 11- शल्य चिकित्सा का विवरण
- 12- शल्य चिकित्सा की संस्तुति करने वाले चिकित्सक तथा चिकित्सालय/संस्था का
नाम व पता
- 13- चिकित्सालय जहां शल्य चिकित्सा करायी जानी है

घोषणा-

मैं यह प्रमाणित करता हूं कि मुझे किसी अपराधिक मामले में दंडित नहीं किया गया है और उपरोक्त प्रस्तुत सूचनाएं सत्य हैं तथा उनके गलत या झूठ पाये जाने की दिशा में प्रार्थना पत्र को निरस्त कर दिया जावे ।

आवेदक के हस्ताक्षर तथा नाम

- 15- चिकित्सालय/संस्थान की संस्तुति
(शल्य चिकित्सा पर आने वाले अनुमानित व्यय सहित)
चिकित्सालय/संस्थान के अधीक्षक/प्रभारी/निदेशक
के हस्ताक्षर ,नाम तथा मोहर सहित