

**आर्थिक सहायता आवेदन-पत्र**  
(मध्यप्रदेश संचार प्रतिनिधि कल्याण सहायता नियम के अन्तर्गत)

1. आवेदक (प्रतिनिधि) का नाम -----
2. संस्था का नाम एवं मुख्यालय -----
3. पद एवं कार्यस्थल -----
4. निवास का पता -----
5. दूरभाष क्रमांक -----
6. प्रतिनिधि की मासिक आय -----
7. रोगी का नाम तथा आवेदक से संबंध -----
8. बीमारी का नाम -----
9. चिकित्सालय जहां इलाज हो रहा है -----
10. इलाज के लिये आवश्यक राशि रूपये -----मात्र
11. इलाज पर व्यय संलग्न रसीदों की राशि रूपये -----मात्र
12. समिति के समाधान के लिये संलग्न किये गये प्रमाणों की सूची
  1. संलग्न रसीदों की संख्या -----
  2. डाक्टर के प्रस्क्रिप्शन -----
  3. आधार कार्ड की प्रति -----
  4. पासबुक की प्रथम पृष्ठ की छायाप्रति/ई-पेमेन्ट -----

प्रमाणित किया जाता है कि दी गई उपर्युक्त जानकारी पूर्णतः सत्य है चिकित्सक के अनुसार कालम 8 में बताई गई बीमारी गम्भीर बीमारियों की श्रेणी में आती है। रोगी पूर्णतः मुझ पर आश्रित है तथा उसके आय का कोई स्रोत नहीं है। मेरी संस्था में उक्तानुसार रोगी के इलाज के लिये चिकित्सा अग्रिम देने अथवा चिकित्सा प्रतिपूर्ति करने का कोई प्रवधान नहीं है।

आवेदक के हस्ताक्षर

प्रति

आयुक्त/संचालक  
जनसम्पर्क संचालनालय  
मध्यप्रदेश