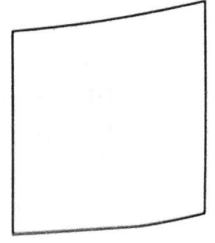


# सामाजिक न्याय एवं अधिकारिता निदेशालय, हरियाणा

चरण III और IV के कैंसर रोगियों को वित्तीय सहायता के लिए  
आवेदन-पत्र



कम्प्यूटर द्वारा जारी लाभपात्र पहचान कोड नं० .....

## भाग -1

आवेदन तिथि:

1. परिवार आईडी० \_\_\_\_\_
2. प्रार्थी का नाम \_\_\_\_\_ श्री/ श्रीमती \_\_\_\_\_
3. पिता का नाम: \_\_\_\_\_ श्री \_\_\_\_\_
4. पूर्ण स्थाई पता: \_\_\_\_\_
  
5. गरीबी रेखा सूची संख्या/सामाजिक आर्थिक जातीय गणना संख्या: \_\_\_\_\_
6. क्या आवेदक हरियाणा राज्य का निवासी है ? \_\_\_\_\_  
(मतदाता पहचान पत्र/मतदाता सूची/ राशन कार्ड में से कोई स्वयं द्वारा सत्यापित एक दस्तावेज प्रस्तुत करें, जो आवेदक को कम से कम 15 वर्ष से हरियाणा का निवासी होने को साबित करता हो)
7. जन्म तिथि (जन्म तिथि प्रमाण पत्र/स्कूल प्रमाण पत्र/ मतदाता पहचान पत्र/मतदाता सूची में से कोई स्वयं द्वारा सत्यापित एक दस्तावेज प्रस्तुत करें) \_\_\_\_\_ दस्तावेज जो संलग्न किया गया है \_\_\_\_\_
8. जन्म तिथि \_\_\_\_\_ आयु \_\_\_\_\_
9. लिंग \_\_\_\_\_
10. मोबाइल संख्या \_\_\_\_\_
11. परिवार की सभी साधनों से वार्षिक आमदनी: \_\_\_\_\_ रू०
12. वैवाहिक स्थिति \_\_\_\_\_
13. बैंक संख्या \_\_\_\_\_ IFSC कोड \_\_\_\_\_ बैंक का नाम \_\_\_\_\_
14. आधार संख्या \_\_\_\_\_
15. क्या आवेदक सरकारी/स्थानीय निकाय/सांविधिक निकाय अथवा सरकार/ स्थानीय निकाय/सांविधिक निकाय से प्राप्त रूप से वित्तपोषित किसी संगठन में कार्यरत है?  हाँ  नहीं
16. क्या आवेदक सरकारी/स्थानीय निकाय/ सांविधिक निकाय अथवा सरकार /स्थानीय निकाय/ सांविधिक निकाय से प्राप्त रूप से वित्तपोषित किसी संगठन से पेंशन अथवा परिवारिक पेंशन प्राप्त कर रहा है? ( पेंशन में पी०एफ० जैसी योजनायें अथवा वाणिज्यिक बैंकों, वित्तीय संस्थाओं एवम् वीमा समेत किसी भी स्रोत से प्राप्त सालाना राशी शामिल है)  हाँ  नहीं
17. कैंसर का प्रकार \_\_\_\_\_
18. कैंसर का चरण \_\_\_\_\_
19. अस्पताल का नाम व पता(जहा से रोगी इलाज करवा रहा है) \_\_\_\_\_
20. चरण III और IV के कैंसर से सम्बंधित दस्तावेज \_\_\_\_\_

आवेदक के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

## OIP

### शपथ

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि उपर्युक्त विवरण मेरे ज्ञान और विश्वास के आधार पर सही है और मैं आपको इसके बारे में किसी भी परिवर्तन की सूचना तुरन्त दूंगा/दूंगी। यदि उपरोक्त किसी भी जानकारी को गलत या गलत तरीके से प्रस्तुत करना पाया जाता है, तो मुझे पता है कि इसके लिए मैं उत्तरदायी हूँ।

मैं सामाजिक सुरक्षा पेंशन योजनाओं और पेंशन का लाभ उठाने के लिए एवं क्रेडिट अपने बैंक खाते में पाने हेतु हरियाणा सरकार के सामाजिक न्याय और अधिकारिता विभाग को अपना आधार नम्बर और बैंक विवरण प्रदान करता हूँ।

आवेदक के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

### मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा सत्यापित

- 1 कैंसर का चरण \_\_\_\_\_
- 2 कैंसर का निदान/विवरण \_\_\_\_\_
- 3 कैंसर का विवरण \_\_\_\_\_
- 4 संस्थान का नाम (जहां स्टेजिंग की पुष्टि हुई) \_\_\_\_\_
- 5 चरण III और IV के कैंसर से सम्बंधित दस्तावेज का सत्यापन \_\_\_\_\_

(हस्ताक्षर)

नाम \_\_\_\_\_

पद \_\_\_\_\_

(केवल कार्यालय प्रयोग हेतु)

स्वीकृत

अस्वीकृत

यदि आवेदन अस्वीकृत किया है तो अस्वीकृत करने का कारण लिखें

तिथि:

जिला समाज कल्याण अधिकारी

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_