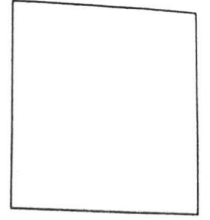


# सामाजिक न्याय एवं अधिकारिता निदेशालय, हरियाणा

दुर्लभ बिमारियों से पीड़ित व्यक्तियों को वित्तीय सहायता के लिए  
आवेदन-पत्र



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

## भाग - 1

आवेदन तिथि:

1. परिवार आई०डी० \_\_\_\_\_
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 करे, 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: \_\_\_\_\_ ₹0
12. वैवाहिक स्थिति \_\_\_\_\_
13. बैंक संख्या \_\_\_\_\_ IFSC \_\_\_\_\_ बैंक का नाम \_\_\_\_\_  
कोड \_\_\_\_\_
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. दुर्लभ बीमारी का प्रकार  कुल 55
  
18. अस्पताल का नाम व पता(जहा से प्रमाणित किया गया है) \_\_\_\_\_
19. दुर्लभ बीमारी से सम्बंधित दस्तावेज \_\_\_\_\_

आवेदक के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

## 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 दुर्लभ बीमारी का नाम \_\_\_\_\_

2 अस्पताल का नाम \_\_\_\_\_

5 दुर्लभ बीमारी 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 \_\_\_\_\_