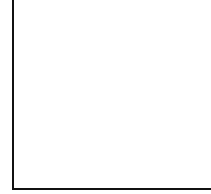


परिशिष्ट-5

विकलांग कल्याण विभाग, उत्तर प्रदेश, लखनऊ द्वारा उत्तर प्रदेश के निर्धन एवं असहाय विकलांग व्यक्तियों की विकलांगता निवारण हेतु शल्य चिकित्सा अनुदान दिये जाने का प्रार्थना-पत्र

1. आवेदक का नाम
2. पिता/पति का नाम.....
3. स्थायी पता
4. वर्तमान पता
5. उत्तर प्रदेश में निवास की अवधि.....
6. नागरिकता.....
- 7- जन्म तिथि.....
- 8- परिवार के आश्रितों का विवरण.....



- | नाम | आयु | सम्बन्ध |
|-----|-----|---------|
| 1- | | |
| 2- | | |
- 9- विकलांगता की प्रकृति एवं प्रतिशत.....
(चिकित्सा प्राधिकारी का प्रमाण-पत्र)
 - 10- वार्षिक आय (सभी स्रोतों)
(आय का प्रमाण-पत्र कल्याण विभाग द्वारा अधिकृत व्यक्ति/अधिकारी द्वारा प्रदान किया गया अनुमन्य होगा)।
 - 11- शल्य चिकित्सा, जिसके लिए अनुदान चाहा गया है, का विवरण
(नियमावली के नियम ३ के अनुसार)
 - 12- शल्य चिकित्सा की संस्तुति करने वाले चिकित्सक तथा चिकित्सालय का नाम व पता
 - 13- चिकित्सालय जहाँ शल्य चिकित्सा कराई जानी है:
 - 14- घोषणा- मैं यह प्रमाणित करता हूँ कि मुझे किसी अपराधिक मामले में दंडित नहीं किया गया है और उपरोक्त प्रस्तुत सूचनायें सत्य हैं तथा उनके गलत या झूठ पाये जाने की दशा में प्रार्थनापत्र को निरस्त कर दिया जाये।

आवेदक के हस्ताक्षर तथा नाम

- 15- चिकित्सक की संस्तुति:.....
(शल्य चिकित्सा पर आने वाले अनुमानित व्यय सहित)

चिकित्सालय के अधीक्षक प्रभारी के
हस्ताक्षर नाम तथा मुहर सहित