



हिमाचल प्रदेश भवन एवं अन्य सन्निर्माण कामगार कल्याण बोर्ड
ठाकुर वाटिका, खलीनी, शिमला-2 (हि०प्र०)



प्ररूप-42
(नियम-280(1व 2) देखें)
चिकित्सा सहायता हेतु आवेदन

- आवेदक (लाभार्थी) का नाम और पता तहसील, :
पंचायत तथा ब्लॉक सहित पिनकोड
पंचायत ब्लॉक.....
- आवेदक की जन्म तिथि :

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---
- पंजीकरण संख्या और तिथि : संख्या.....

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---
- प्रथम किश्त देने की तारीख और बैंक का नाम व :

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

बैंक ब्रांच का पता
- अन्तिम किश्त देने की तारीख और बैंक का नाम :

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

.....
- आधार नम्बर :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- आधार से जुड़ा खाता नम्बर :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- आई.एफ.एस कोड :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- बैंक खाते से जुड़ा मोबाईल नम्बर :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- खर्च की गई कुल रकम :
- क्या आवेदन स्वयं के लिए है अथवा आश्रित के लिए है। : स्वयं / आश्रित :
- यदि आश्रित तो, नाम व आवेदक से सम्बन्ध : नाम सम्बन्ध
- क्या आवेदन संकटपूर्ण उपचार-क्रिटीकल केयर/गम्भीर बीमारी के लिए है। हाँ या नहीं, यदि हाँ तो बीमारी का नाम एवं उपचार का विवरण। : हाँ या नहीं (यदि हाँ तो विवरण)
- रोग/शल्य क्रिया के सम्बन्धी ब्यौरा :
- रोग या शल्य के कारण निशक्तता, यदि कोई हो :
- रोगी की सरकारी अथवा निजी अस्पताल में उपचार की अवधि (अस्पताल में प्रवेश और छुट्टी की तारीख) :

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

 से

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---
- पहले प्राप्त चिकित्सा सहायता, यदि कोई हो, का विवरण/ब्यौरा :
उपरोक्त तथ्य मेरे ज्ञान और सूचना के अनुसार सही है।

तारीख :

(आवेदक के हस्ताक्षर)

- कार्यालय प्रयोग हेतु -

श्रम अधिकारी के हस्ताक्षर व मोहर
दिनांक

मुबलिंग रु.....रूपये लाखहजार.....साँ)
बोर्ड द्वारा स्वीकृत।

हस्ताक्षर व मोहर

सभी कॉलम भरने आवश्यक है अन्यथा फार्म स्वीकार नहीं किया जायेगा तथा फार्म में किसी भी तरह की कटिंग मान्य नहीं होगी।

