



आव्हान योजना अंतर्गत

आवेदन व सहमति पत्र

आधार न.	
आवेदक का नाम (Patient Name)	
पिता का नाम	
पता	
निवास का पुलिस थाना	
मोबाइल न.	
बीमारी / रोग	
SPECIALITY (filled by Collectorate Office)	
अनुमानित व्यय	

- आव्हान योजना अंतर्गत रेण्डम आधार पर आवंटित अस्पताल में उपचार की अधिकतम राशि रू 1 लाख है।
- अस्पताल से छुट्टी उपरांत दवाई आदि का खर्च आवेदक द्वारा स्वयं वहन किया जावेगा।
- आवेदक को उपचार उपरांत निर्धारित तिथि अनुसार चिकित्सालय छोड़ना होगा।

आव्हान योजना हेतु पात्रता

पात्रता शर्त	हाँ / नहीं	संलग्न दस्तावेज़
क्या आवेदक मद्रास का मूल निवासी है		
क्या आवेदक गैर बी पी एल एवं आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग में है		
क्या आवेदक आयकर-दाता है		

मैंपिता / पति निवासी
..... शपथपूर्वक घोषणा करता हूँ कि मेरे द्वारा दी गयी उपरोक्त
जानकारी पूर्णतः सत्य है एवं मैं आव्हान योजना की
नियम/शर्तों के लिए सहमति प्रदान करता / करती हूँ।

For Office Use
Applicant Id after Data Entry

(हस्ताक्षर)