

(FORM -XXXIV) (ଫର୍ମ - XXXIV)

[See Rule- 270] (ନିୟମ-୨୭୦)

Application for Assistance in case of Accidents

ଦୁର୍ଘଟଣା ଜନିତ ସହାୟତା ପାଇଁ ଆବେଦନପତ୍ର

1. Name and address of applicant :
(ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ନାମ ଓ ଠିକଣା) :
2. Age and Date of birth (ବୟସ ଓ ଜନ୍ମ ତାରିଖ) :
3. Registration No. (ପଞ୍ଜିକରଣ ନମ୍ବର) :
(ପରିଚୟ ପତ୍ରର ଅବିକଳ ନକଲ ସଂଲଗ୍ନ)
4. Date of payment of first subscription amount :
(ପ୍ରଥମ ବାର୍ଷିକ ଦେୟ ତାରିଖ) :
(Documentary proof to be enclosed)
(ରସିଦ୍, ନକଲ ସଂଲଗ୍ନ)
5. Date of payment of last subscription :
(ଶେଷ ବାର୍ଷିକ ଦେୟ ତାରିଖ) :
(Documentary proof to be enclosed)
(ରସିଦ୍, ନକଲ ସଂଲଗ୍ନ)
6. Total amount of subscription :
(ସମୁଦାୟ ବାର୍ଷିକ ଦେୟର ପରିମାଣ) :
7. Details regarding accident :
(ଦୁର୍ଘଟଣାର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ) :
8. Nature of disability due to accident :
(ଦୁର୍ଘଟଣା ଜନିତ ଅକ୍ଷମତାର ବିବରଣୀ) :
9. Whether treated in Government Hospital ? :
If so, date of admission and date of discharge.
(ଯଦି ସରକାରୀ ଚିକିତ୍ସାଳୟରେ ଚିକିତ୍ସିତ ହୋଇଛନ୍ତି :
ତେବେ, ଚିକିତ୍ସାଳୟରେ ଭର୍ତ୍ତି ଓ ଛାଡ଼ିବା ତାରିଖ)
10. Place of treatment, in case he is not treated :
in Government Hospital & Period of treatment
(ଯଦି ସରକାରୀ ଚିକିତ୍ସାଳୟରେ ଚିକିତ୍ସିତ ନହୋଇ :
ଅନ୍ୟ ଚିକିତ୍ସାଳୟରେ ଚିକିତ୍ସିତ ହୋଇଛନ୍ତି ତେବେ
ତାହାର ସ୍ଥାନ ଏବଂ ଅବଧି)
11. Whether the applicant was in plaster? If so, :
for how many days ?
(ଯଦି ଚିକିତ୍ସିତ ବ୍ୟକ୍ତି ମଲମପଟି ହୋଇଥାନ୍ତି, :
ତେବେ କେତେଦିନ ହୋଇଛନ୍ତି)
12. Details of documents submitted :
(ଚିକିତ୍ସା ସମ୍ବନ୍ଧିତ ସମସ୍ତ କାଗଜପତ୍ର) :
13. Financial assistance applied for :
(ନିବେଦନ କରିଥିବା ଆର୍ଥୀକ ସହାୟତା) :

14. Details of financial assistance received from :
the Board, if any, before

(ଯଦି ପୂର୍ବରୁ ବୋର୍ଡ଼ ନିକଟରୁ ଆର୍ଥିକ ସହାୟତା :
ପାଇଁ ତାହାର ସମସ୍ତ ବିବରଣୀ)

The above facts are true to the best of my knowledge and information.

ଏତଦ୍ୱାରା, ମୁଁ, ମୋର ପୂର୍ଣ୍ଣାଙ୍ଗ ଜ୍ଞାନ, ସତ୍ୟନିଷ୍ଠା ଓ ବିଶ୍ୱାସର ର ସହିତ ଘୋଷଣା କରୁଅଛି କି ଯେ ,
ମୋ ଦ୍ୱାରା ଦିଆଯାଇଥିବା ଉପର ଲିଖିତ ସମସ୍ତ ତଥ୍ୟ ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ସତ୍ୟ ଅଟେ ।

Place (ସ୍ଥାନ):

Date (ତାରିଖ):

Signature and Name of applicant

ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ନାମ ଓ ସ୍ୱାକ୍ଷର