

## प्रपत्र FORM XXXIX

डी.बी.ओ.सी.डब्ल्यू(आर.ई. एवं सी.एस.) नियमावली, 2002 का नियम 275 देखें  
See Rule 275 of DBOCW (RE&CS) Rules, 2002

### निःशक्तता पेन्शन हेतु आवेदन-पत्र Application for Disability Pension

1.	आवेदक का नाम एवं पता Name & Address of applicant	
2.	आयु एवं जन्मतिथि Age and date of Birth	
3.	पंजीकरण संख्या Registration No.	
4.	पहली अभिदान राशि के भुगतान की तिथि एवं बैंक का नाम और शाखा Date of payment of first subscription amount and Name of Bank	
5.	आखिरी अभिदान राशि के भुगतान की तिथि एवं बैंक का नाम Date of payment of last subscription amount and Name of Bank	
6.	अभिदान की कुल धनराशि Total subscription amount	
7.	रोग/दुर्घटना का ब्योरा Details of disease/accident	
8.	रोग/दुर्घटना के कारण निःशक्तता की प्रकृति Nature of disability due to disease/accident	
9.	सरकारी चिकित्सालय में कराए गए उपचार का ब्योरा Details of treatment in Government Hospitals चिकित्सालय में भर्ती कराने एवं चिकित्सालय को छोड़ने की तिथि Date of admission and Date of discharge	
10.	क्या मरीज को प्लास्टर चढ़ाया गया? यदि हाँ, तो कितने दिनों के लिए ? Whether the patient was in plaster? If so, for how many days?	
11.	चिकित्सीय उपचार पर खर्च की गई धनराशि (प्रमाण हेतु उपचार करने वाले चिकित्सक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित चिकित्सा बिलों को सलग्न करें) Amount spent for treatment (should be supported by medical bills countersigned by the treating doctor)?	
12.	प्रस्तुत किए गए दस्तावेजों की सूची List of documents submitted	
13.	लिए गए लाभ का ब्योरा, यदि इससे पहले कोई लिया गया हो Details of benefits received, if any before?	
14.	यदि किसी सरकारी अथवा किसी अन्य संस्था से उक्त उपचार के लिए लाभ प्राप्त किया गया हो, तो उसका ब्योरा Details of benefits received? If any from Govt. or any other institution, for the above treatment.	

उपर्युक्त तथ्य मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार सही हैं।

The facts furnished above are true to my knowledge and information.

आवेदक के हस्ताक्षर

Sign. of the applicant \_\_\_\_\_

आवेदक का नाम

Name of the applicant \_\_\_\_\_

स्थान Place.....

दिनांक Date.....