



ASSAM BUILDING & OTHER CONSTRUCTION WORKERS' WELFARE BOARD

অসম গৃহ আৰু অন্যান্য নিৰ্মাণ শ্ৰমিক কল্যাণ পৰিষদ

FORM No. XLII

প্ৰ-পত্ৰ সংখ্যা : ৪২

APPLICATION FOR MEDICAL ASSISTANCE

চিকিৎসা সাহায্যৰ আবেদন পত্ৰ

Application No.

Date.....

District.....

আবেদন পত্ৰ সংখ্যা.....

জিলা

দিনাঙ্ক.....

1) Name & full address of the applicant :

আবেদনকাৰীৰ নাম আৰু সম্পূৰ্ণ ঠিকনা

2) Age & date of birth :

বয়স আৰু জন্ম তাৰিখ

3) Registration No. & date :

পঞ্জীয়ন সংখ্যা আৰু দিনাঙ্ক

4) Whether SC/ST/OBC/General :

অনুসূচীত জাতি/জনজাতি/অন্যান্য পিছপৰা জাতি/সাধাৰণ

5) Identity Card No. & date :

পৰিচয় পত্ৰ সংখ্যা আৰু দিনাঙ্ক

- 6) **Date of payment of 1st contribution** :
- প্রথম বৰঙণি আদায় দিয়া তাৰিখ
- 7) **Date of payment of last contribution before submission of application** :
- আবেদন দাখিল কৰাৰ আগত শেষ বৰঙণি আদায় দিয়া তাৰিখ
- 8) **Total amount of contribution remitted** :
- জমা কৰা মুঠ বৰঙণিৰ পৰিমাণ
- 9) **Details regarding disease/surgery/accident** :
- বোগ / অস্ত্রোপচাৰ / দুৰ্ঘটনাৰ বিস্তৃত বিৱৰণ
- 10) **Disability (if any), due to disease/surgery/accident details thereof.** :
- বোগ / অস্ত্রোপচাৰ / দুৰ্ঘটনাৰ বাবে যদি কোনো ধৰণৰ অৰ্কমণ্যতা হৈছে তাৰ বিস্তৃত বিৱৰণ
- 11) **Name of the Government hospital with address where admitted.** :
- চৰকাৰী চিকিৎসালয়ৰ নাম আৰু ঠিকনা য'ত ভৰ্তী হৈছে
- 12) **Period of treatment as indoor patient in Govt. Hospital** :
- চৰকাৰী চিকিৎসালয়ত অন্তৰ্ভাগীয় বোগী হিচাপে থকা কাল
- 13) **Date of admission in the hospital** :
- চিকিৎসালয়ত ভৰ্তি হোৱা দিনাঙ্ক

14) Date of discharge from the hospital :

চিকিৎসালয়ৰ পৰা অব্যাহতি লোৱা দিনাঙ্ক

15) Details of medical benefits received (if any) earlier :

আগেয়ে যদি কোনো চিকিৎসা সাহায্য পাইছে তাৰ বিৱৰণ

16) Name of the Bank & A/c No of the applicant :

আবেদনকাৰীৰ অধিকোষ হিচাপ নং আৰু
অধিকোষৰ নাম ঠিকনা

17) List of documents to be submitted :

দাখিল কৰিবলগীয়া নথিৰ তালিকা

i) Attested copy of Identity Card :

পৰিচয়পত্ৰৰ প্ৰত্যাযিত নকল

ii) Last contribution deposit slip of A/c pay book :

শেষ বৰঙনি জমা কৰা হিচাপ বহীৰ জমাপত্ৰী

iii) Accident report from the Employer/Principal
Employer/Local Police authority :

নিয়োগকৰ্তা / মুখ্য নিয়োগকৰ্তা / স্থানীয় আৰক্ষীৰ কৰ্তৃপক্ষৰ
পৰা দুৰ্ঘটনাৰ বিৱৰণ

iv) All documents of treatment in the Government
Hospital. :

চৰকাৰী চিকিৎসালয়ত লোৱা চিকিৎসাৰ সমূহ তথ্য

v) **Photograph of the part of person effected due to accident** :

দুৰ্ঘটনাগ্ৰস্ত অংশ সহ দুৰ্ঘটনাগ্ৰস্ত ব্যক্তিজনৰ ফটো

vi) **Percentage of disability certificate from the appropriate authority** :

সমুচিত প্ৰাধিকাৰীৰ দ্বাৰা অক্ষমতাৰ শতাংশৰ প্ৰমাণ পত্ৰ

The facts mentioned above are true to my knowledge & information

উপৰোক্ত তথ্যসমূহ মোৰ জ্ঞান আৰু জ্ঞাতানুসাৰে সত্য

Place :

স্থান :

Date :

দিনাংক :-

Signature/Thumb impression of the applicant

আবেদকৰ স্বাক্ষৰ/ বুঢ়া আঙুলীৰ চাপ