

FORM XL (ଫର୍ମ - XL)

[See Rule 276] (ନିୟମ- ୨୭୭)

Application for Cash Benefit towards Medical Expenses for Treatment of Major Ailments of Beneficiary or his dependant.

ଦୁରାରୋଗ୍ୟ ଚିକିତ୍ସା 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 ପତ୍ର ଅବିକଳ ନକଲ ସଂଲଗ୍ନ)
4. **(a) Date of payment of 1st Subscription** :
(କ) ପ୍ରଥମ ବାର୍ଷିକ ଦେୟ ତାରିଖ :
(ରସିଦ୍ ନକଲ ସଂଲଗ୍ନ)
(b) Amount and mode of payment :
(ଖ) ଦେୟ ପରିମାଣ ଓ ପ୍ରଣାଳୀ :
5. **(a) Date of payment of last Subscription** :
ବିଗତ ବାର୍ଷିକ ଦେୟ ତାରିଖ :
(ରସିଦ୍ ନକଲ ସଂଲଗ୍ନ)
6. **Total amount remitted** :
ମୋଟ ବାର୍ଷିକ ଦେୟ ପରିମାଣ :
7. **Name of the patient, his relationship with the Beneficiary** :
ରୋଗୀର ନାମ ଏବଂ ତାଙ୍କର ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ :
8. **Details regarding disease / surgery** :
ରୋଗ / ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର ସମ୍ପର୍କ ବିବରଣୀ :
9. **Period of treatment** :
ଚିକିତ୍ସାର ଅବଧି :
10. **(a) Place of treatment** :
(କ) ଚିକିତ୍ସା ସ୍ଥାନ :
(b) If treated as inpatient in Government Hospital-Date of admission and Date of discharge :
(ଖ) ଯଦି ସରକାରୀ ଚିକିତ୍ସାଳୟରେ ଅନୁରୋଗୀ :
ଭାବେ ଚିକିତ୍ସିତ ହୋଇଛନ୍ତି ତେବେ
ଚିକିତ୍ସାଳୟରେ ଭର୍ତ୍ତି ଓ ଛାଡ଼ିବା ତାରିଖ

11. **List of documents submitted** :
ପଢ଼ି କରାଯାଇଥିବା ସମସ୍ତ କାଗଜପତ୍ରର ତାଲିକା :
12. **Amount of benefit claimed** :
ନିବେଦନ କରାଯାଇଥିବା ଆର୍ଥିକ ସହାୟତା :
13. **Details of benefit received, if any before in this regard** :
ଯଦି ପୂର୍ବରୁ ଏପରି ସହାୟତା :
ପାଇଛନ୍ତି ତେବେ, ତାହାର ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ

This facts mentioned above are true to my knowledge and information.

ଘୋଷଣା

ଏତଦ୍ୱାରା, ମୁଁ, ମୋର ପୂର୍ଣ୍ଣ 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 the Applicant

ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ନାମ ଓ ସ୍ୱାକ୍ଷର