



स्टेट बँक ऑफ इंडिया एम्प्लॉईज (एम्.एस्.पटेल) को-ऑप. क्रेडिट सोसायटी लि., मुंबई

स्टेट बँक ऑफ इंडिया, मुंबई मुख्य शाखा बिल्डींग, मुंबई समाचार मार्ग, फोर्ट, मुंबई-४०००२३.

Website : www.sbimspatel.com

e-mail : info@sbimspatel.com

दूरध्वनी -(०२२) २२६६४३६०/१७८०

मानसिक विकलांग सहाय्यनिधी अर्ज

विकलांग
व्यक्तिचा
फोटो

- १) सभासदाचे नांव : _____
२) सभासद क्रमांक : _____
३) शाखा/कार्यालय : _____
४) हुददा : _____
५) सोसायटीच्या सर्व योजनांचा सभासद आहे : होय/नाही
MRBS FGDS Rs.100/- MARMEM KUTUMB SNEH

६) कौटुंबिक आर्थिक स्थिती

	नांव	वय	नाते	वार्षिक उत्पन्न (रु.)
अ) अवलंबून असणाऱ्या व्यक्ति	१) _____ २) _____			
ब) कमावणाऱ्या व्यक्ति	१) _____ २) _____			
क) इतर मार्गाने मिळणारे उत्पन्न/ शेती इत्यादी	_____			

७) मानसिक विकलांग व्यक्तिची माहिती

- अ) नांव : _____
ब) वय : _____
क) नाते : _____
८) बुद्ध्यांक (I.Q) : _____

(वैद्यकीय प्रमाणपत्र/प्रशासकीय वैद्यकीय अधिकाऱ्याने प्रमाणित केलेले प्रमाणपत्र जोडणे आवश्यक आहे)

- ९) सदर व्यक्तित्ने/पाल्याने विशेष शाळेमध्ये वा सर्वसाधारण शिक्षणासाठी प्रवेश घेतला आहे _____
अथवा

निवासस्थानी वैद्यकीय उपचार घेत असल्यास त्याचा तपशील : _____

१०) नियमित औषधोपचाराची आवश्यकता आहे का? : _____

११) वार्षिक खर्चाचा एकंदर तपशील (पुरावा जोडणे आवश्यक)

- अ) फी : रु. _____
ब) गणवेश : रु. _____
क) प्रवास खर्च (रिक्षा, स्कूल बस इ.) : रु. _____
ड) औषध उपचार खर्च : रु. _____
ई) इतर खर्च (स्पष्ट नमूद करणे) : रु. _____

१२) उपरोक्त माहिती बदल सोसायटीला अन्य काही माहिती हवी असल्यास ती मी उपलब्ध करून देईन व वरील सर्व माहिती खरी आहे याची मी हमी देतो.

दिनांक - _____

सभासदाची स्वाक्षरी

जिल्हा प्रतिनिधीचे प्रमाणपत्र

श्री/श्रीमती _____ असे नमूद करतो
की श्री/श्रीमती _____ हा/ही
सोसायटीचे सभासद असून _____ शाखेत काम करित असून त्यांनी दिलेली वरील सर्व
माहिती खरी आहे.

दिनांक - _____

जिल्हा प्रतिनिधीची स्वाक्षरी