

नांव :- _____

मु.पो. :- _____

तालुका :- _____

जिल्हा :- _____

मोबाईल क्र. :- _____

दिनांक :- _____

स्वयंघोषणापत्र

मी अर्जदार श्री.....श्री.....या रुग्णाचा मुलगा / मुलगी / वडील / आई / बहिण / भाऊ याद्वारे घोषित करतो की, धर्मादाय रुग्णालयामध्ये मोफत / सवलतीच्या दरात उपचाराकरिता मी राज्यस्तरीय विशेष मदत कक्षास विनंती अर्ज केला असून, सदर अर्जासोबत आवश्यक ती कागदपत्रे जोडली आहेत. मी सादर केलेली आवश्यक माहिती खरी असून, ती चुकिची आढळल्यास सदर योजनेचा लाभ घेण्यास अपात्र ठरेन. तसेच, योग्य त्या कायदेशीर कार्यवाहीस देखील मी पात्र ठरेन, याची मला पूर्णतः जाणीव आहे.

आपला,
स्वाक्षरी /-

ठिकाण व दिनांक-

(नाव)