



मध्य प्रदेश राज्य अधिवक्ता परिषद : जबलपुर

(एडवोकेट वेलफेयर फंड आफ बार कौंसिल आफ इंडिया वास्ते म.प्र. के अंतर्गत चिकित्सा
आर्थिक सहायता हेतु निर्धन अधिवक्ता द्वारा दिया जाने वाला आवेदन पत्र प्रारूप)

प्रतिष्ठा में,

माननीय अध्यक्ष महोदय,

एडवोकेट वेलफेयर फंड आफ बार कौंसिल आफ इंडिया

वास्ते म.प्र.।

**विषय :- एडवोकेट वेलफेयर फंड आफ बार कौंसिल आफ इंडिया वास्ते म.प्र. से गंभीर रूप से रोगग्रस्त होने पर
चिकित्सा आर्थिक सहायता प्रदान किये जाने बाबत आवेदन पत्र।**

1. आवेदक अधिवक्ता का नाम
2. पिता का नाम
3. नामांकन क्रमांक
4. आवेदक नामांकन पूर्व शासकीय/अशासकीय सेवा में थे
(पूर्व विवरण दें)
5. व्यवसाय स्थल
6. आवेदक अधिवक्ता की आयु
7. आवेदक अधिवक्ता की जन्म तिथि
8. पत्र व्यवहार का पता (सुवाच्य अक्षरों में)
9. आवेदक आयकर दाता है, तो विवरण दें
10. क्या आवेदक अधिवक्ता का
1. किसी बैंक में खाता है, तो खाते में जमा राशि व बचत खाता
क्रमांक तथा पासबुक की तीन वर्ष की छायाप्रति (बैंक द्वारा प्रमाणित)
2. आवेदक की अचल संपत्ती का विवरण एवं
उससे प्राप्त आय का विवरण
11. आवेदक अधिवक्ता गंभीर रोगग्रस्त होने के संबंध में
आवश्यक विवरण :-
1. किस गंभीर रोग से ग्रस्त है
2. रोगग्रस्त होने का दिनांक
3. रोग के संबंध में आवेदक का इलाज कर रहे चिकित्सक का प्रमाण पत्र
(जो हिंदी/अंग्रेजी पठनीय हो) संलग्न करें, जिसमें रोग का पूर्ण
विवरण एवं अनुमानित व्यय का ब्योरा अनिवार्य रूप से उल्लेखित हो।
4. चिकित्सा हेतु भविष्य में इलाज कराये जाने वाले संस्थान का नाम
12. आर्थिक सहायता स्वीकृत होने की दशा में किस
चिकित्सा संस्थान को प्रेषित की जानी है,
- उसका नाम व पूर्ण पता
13. क्या आवेदक अधिवक्ता द्वारा एडवोकेट वेलफेयर
फंड आफ बार कौंसिल आफ इंडिया के मद में
नियमित रूप में राशि जमा की गयी है ?
- यदि हां तो उसका क्रमवार विवरण :-
रसीद क्रमांक दिनांक राशि
14. आवेदक के परिवार का विवरण :-
नाम आयु संबंध व्यवसाय/नौकरी मासिक आय
- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

14. यदि आपको पूर्व में एडवोकेट वेलफेयर फंड आफ बार कौंसिल आफ इंडिया के मद से चिकित्सा आर्थिक सहायता प्रदान की गयी है, तो उसका विवरण दें :-

बैंक ड्राफ्ट क्रमांक दिनांक राशि.....

सत्यापन

मैं एतद् आज दिनांक को यह घोषित करते हुये सत्यापित करता हूँ, कि :-

1. इस आवेदन पत्र की कंडिका 1 से लगाता 14 तक मैं मेरे द्वारा दी गयी जानकारीयां पूर्ण सत्य है।
2. मैं गंभीर रोग से ग्रस्त हूँ, एवं अपनी चिकित्सा कराने में आर्थिक रुप से सक्षम नहीं हूँ।

दिनांक अधिवक्ता के हस्ताक्षर.....
स्थान अधिवक्ता का नामांकन क्रमांक
अधिवक्ता का नामांकन क्रमांक.....

मान्यता प्राप्त अधिवक्ता संघ जहाँ पर आवेदक अधिवक्ता सदस्य है, द्वारा प्रदत्त अनुशंसा पत्र

प्रमाणित किया जाता है, कि श्री/श्रीमति/कुमारी अधिवक्ता संघ के नियमित सदस्य है। नामांकन क्रमांक वर्ष है। जिनका नाम संघ की सदस्यता सूची में पर दर्ज है। संघ में अंतिम बार मासिक चंदा रसीद क्रमांक दिनांक..... है। यह भी प्रमाणित किया जाता है, कि एडवोकेट वेलफेयर फंड आफ बार कौंसिल आफ इंडिया के नियम के अनुसार "निर्धन" व्यक्ति है, तथा वे स्वयं का इलाज बिना आर्थिक सहायता के कराने में असमर्थ है। इन्हें एडवोकेट वेलफेयर फंड आफ बार कौंसिल आफ इंडिया के मद से चिकित्सा प्रदान किये जाने की मैं अनुशंसा करता हूँ।

दिनांक.....

अध्यक्ष/सचिव

स्थान.....

जिला/तहसील अधिवक्ता संघ.....

जिला.....

महत्वपूर्ण सूचना

1. नियमानुसार गंभीर रोग से आशय ब्रेन से सम्बंधित हर बीमारी फेफडे, हृदय, पेट अथवा कपाउन्ड फैक्चर जिसमें एक माह से अधिक समय अस्पताल में रह कर चिकित्सा कराना है, अथवा एडवोकेट वेलफेयर फंड आफ बार कौंसिल आफ इंडिया कमेटी जो बीमारी चिकित्सक के प्रमाण पत्र के अनुसार गंभीर समझती हो।
2. जिन अधिवक्ताओं द्वारा एडवोकेट वेलफेयर फंड आफ बार इंडिया के मद में नियमानुसार प्रतिवर्ष या एक मुफ्त राशि जमा नहीं की गयी है, उन्हें एडवोकेट वेलफेयर फंड आफ बार कौंसिल आफ इंडिया के मद से चिकित्सा आर्थिक सहायता राशि की पात्रता नहीं है।
3. "निर्धन" अधिवक्ता से आशय ऐसे अधिवक्ता से है, जो कि अपना एवं अपने परिवार का पोषण करने तथा अपना इलाज कराने में असमर्थ है।
