

DISABLED WAR VETERANS (INDIA) REGD.

C6-18/1, Safdarjung Development Area, New Delhi - 110016, Tel.: 011-41315492



MEMBERSHIP FORM

सदस्यता फॉर्म

PHOTO
फोटो

1. No _____ Rank _____ Name _____
नम्बर _____ रैंक _____ नाम _____
2. Unit _____ Date Of Birth _____ Age _____
युनिट _____ जन्म तिथी _____ आयु _____
3. Theatre of War Where injured. _____
स्थान जहां युद्ध में घायल हुए _____
4. Exact Nature of Disability _____
अशक्तता का विवरण _____
5. Percentage Disability _____
अशक्तता प्रतिशत _____
6. Prosthesis/ Other Equipment _____
कृत्रिम अंग/यंत्र एवं अन्य यंत्र _____
7. Whether Invalided out or retired _____
सेवामुक्त या रिटायर्ड _____
8. Other Health issue _____
स्वास्थ्य संबंधी अन्य मुद्दे _____
9. Address Temporary _____
अस्थायी पता _____
10. Address Permanent _____
स्थायी पता _____
11. Dependant Family Members with Age _____
आश्रित परिवार सदस्य एवं उनकी आयु _____
(Shortage of space, add Page - जगह की कमी में, दुसरा पेज / कागज प्रयोग करें।)
12. Contact Details _____ Telephone _____ Mobile _____
सम्पर्क करने का विवरण _____ फोन _____ मोबाइल _____
E-mail ID / ई-मेल आई डी _____
13. ECHS Card No _____ Dependent ECHS Clinic _____
ई.सी.एच.एस. कार्ड नं. _____ आश्रित ई.सी.एच.एस. क्लिनिक _____

DATE/ तिथी _____

SIGNATURE/ हस्ताक्षर _____

INSPIRED BY Name _____
प्रेरित कर्ता का नाम _____

MEMBERSHIP NO _____ Service. No _____ Rank _____
सदस्यता संख्या नम्बर _____ नम्बर _____ रैंक _____

Get Photocopied for More
अधिक फॉर्मों के लिये फोटो कॉपी करवाएं।

P.T.O.
कृपया पत्र पलटे

Write in brief How you got injured.

संक्षिप्त में लिखें कि आप कैसे घायल हो गए।

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Shortage Of Space, Add Page

स्थान की कमी, पृष्ठ जोड़ें

**Affix card size photograph showing
your disability**

अपनी विकलांगता (अक्षमता) दर्शाते हुए का कार्ड साइज फोटो चिपकाये