

DISABLED WAR VETEREANS (INDIA) REGD.

C6-18/1 SAFDARJUNG DEVELOPMENT AREA, NEW DELHI - 110016 Tele: 011-41315492

MEMBERSHIP FORM

सदस्यता फ़ार्म

PHOTO

1. No _____ Rank _____ Name _____
नम्बर रैंक नाम

2. Unit _____ Date of Birth _____ Age _____
युनिट जन्म तिथि 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 _____
कृत्रिम अंग/यंत्र एवं अन्य यंत्र

7. Whether Invalided out or retired _____
सेवामुक्त या रिटायर्ड

8. Other Health issues _____
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

12. Contact Details _____
सम्पर्क करने का विवरण Mobile/मोबाइल _____

E Mail: _____

13. ECHS Card No _____ Dependent ECHS Clinic _____

DATE/तिथी _____

SIGNATURE/हस्ताक्षर _____

1. INSPIRED BY MEMBERSHIP NO No _____ Rank _____ Name _____
प्रेरित कर्ता सदस्यता संख्या नम्बर रैंक नाम