

APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE FROM AFHO CADRES KALYAN NIDHI SOCIETY IN CASE OF DEATH OF DEPENDENT FAMILY MEMBER

1. प्रार्थी का ब्यौरा Particular of the applicant

- (a) नाम :
Name
- (b) सदस्यता संख्या :
Membership No.
- (c) पदनाम :
Designation
- (d) कर्मचारी लेखा संख्या :
Emp No.
- (e) कार्यालय जिसमें कार्यरत है :
Office in which employed
- (f) सदस्यता ग्रहण की तिथि :
Date of membership
- (g) पिछले अंशदान भुगतान की तिथि :
Date of last subscription

2. परिवार के दिवंगत सदस्य का विवरण
Particulars of the dependent deceased family member

- (a) नाम :
Name
- (b) उम्र :
Age
- (c) प्रार्थी के साथ संबंध :
Relationship with the applicant
- (d) मृत्यु की तिथि :
Date of death

3. परिवार के आश्रित सदस्यों का विवरण
Details of dependent family members:-

क्रम संख्या	नाम	जन्म तिथि	सदस्य से संबंध	वैवाहिक स्थिति
(i)				
(ii)				
(iii)				
(iv)				

(हस्ताक्षर व अंगूठे का निशान)
Signature & Thump

Encls:-

- (a) मृत्यु का प्रमाणपत्र
Copy of death certificate
- (b) सदस्यता कार्ड (यदि है तो)
Membership Card (if available)