

दुर्घटनाग्रस्त व्यक्ति का विवरण

दुर्घटनाग्रस्त व्यक्ति का नाम * :

(अधिकतम 50 अक्षर)

दुर्घटनाग्रस्त व्यक्ति के पिता/पति का नाम * :

(अधिकतम 50 अक्षर)

 पिता पति

दुर्घटनाग्रस्त व्यक्ति की जन्मतिथि * :

dd/mm/yyyy

दावाकर्ता का नाम * :

(अधिकतम 50 अक्षर)

दावाकर्ता के पिता/पति का नाम * :

(अधिकतम 50 अक्षर)

दावाकर्ता का मोबाईल नम्बर * :

(10 अंक)

 पिता पति

दावाकर्ता से संबंध * :

पिता

दावाकर्ता का पता एवं व्यवसाय

जिला * :

ई-डिस्ट्रिक्ट डेमो डिस्ट्रिक्ट

तहसील * :

--तहसील चुनें--

नजदीकी मंडी समिति * :

--मंडी समिति चुनें--

उ०प्र० में निवास की अवधि(वर्ष में) * :

(अधिकतम 3 अंक)

व्यवसाय * :

कृषि

दुर्घटना का विवरण

दुर्घटना का कारण * :

(अधिकतम 100 अक्षर)

दुर्घटना तिथि एवं समय * :

dd/mm/yyyy

HH:MM AM,

दुर्घटना के स्थान का पूर्ण विवरण :

(अधिकतम 100 अक्षर)

यदि मंडी समिति के वार्ड / सब वार्ड के परिसर में दुर्घटना हुई है तो उसका पूर्ण विवरण :

(अधिकतम 50 अक्षर)

दुर्घटना का प्रकार :

घायल

चिकित्सा का विवरण :

(अधिकतम 50 अक्षर)

सभी संलग्नक

संलग्नक शीर्षक :

व्यक्ति/क्षतिग्रस्त अंग के फोटो के साथ

Choose File

No file chosen

Upload

नोट/Note :

1- संलग्नक /Attachments: [केवल .jpg|.jpeg|.png|.pdf], [संलग्नक :अधिकतम साइज 100 kb] ,[अनिवार्य संलग्नक :व्यक्ति/क्षतिग्रस्त अंग के फोटो के साथ,चिकित्सा प्रमाण पत्र,प्रतिभूति का प्रारूप]

2- (*)से चिन्हित डाटा भरना अनिवार्य है।

दर्ज करे

--वापस--