

एडिप सीआइ (ADIP CI) योजना के तहत यात्रा भत्ता बिल
Therapy Travel allowance bill under ADIP CI Scheme

1. एडिप सीआइ लाभार्थी का नाम :
Name of ADIP CI Beneficiary
 2. सर्जरी की तिथि :
Date of surgery
 3. थैरेपी केंद्र का नाम :
Name of Therapy center
 4. थैरेपिस्ट का नाम :
Name of Therapist
 5. भाग लिए गए थैरेपी सत्रों की सं. :
No. of therapy sessions attended
 6. थैरेपी में भाग लिए गए माह पर { √ } : (जनवरी, फरवरी, मार्च, अप्रैल, मई, जून, जुलाई, अगस्त,
लगाए और वर्ष लिखें) सितंबर, अक्टूबर, नवंबर, दिसंबर) 20_____.

Tick { √ } the months attended and write the year attended for therapy. (January, February, March, April, May, June, July, August, September, October, November, December) 20_____.
7. यात्रा पर किया गया खर्च : प्रत्येक सत्र हेतु भत्ता रु. 200/- X _____ थैरेपी सत्रों
Cost of travelling की संख्या, कुल मिलाकर रु. _____.
Rs.200/-per session travel allowance X _____ no. of therapy sessions Total Rs. _____
8. अभिभावक का नाम :
Parent Name
 9. स्थायी पता एवं संपर्क सं. :
Permanent address and contact no
 10. आरटीजीएस ट्रान्सफर हेतु अभिभावक : बैंक का नाम एवं पता
का बैंक ब्योरा Name of the bank & address:
Parent bank details for RTGS transfer:
खाता धारक का नाम
Name of the account holder:
बैंक बचत खाता सं.
S.B.A/C No:
आइएफएससी कोड
IFSC code:
- स्थान/Place:
तिथि/Date:
- अभिभावक के हस्ताक्षर
Parent's Signature

(Parents are requested to take print of the form, fill it, attach therapy attendance sheet and front page of bank passbook, scan and send it on the following email address:
ayjnishdadipor@gmail.com)