**आय के वस्तु-रूपी स्रोत का सत्यापन**

दिये जाने की तारीख: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Agency Name

**इसे:**

**वस्तु-रूपी प्रदाता के लिए टिप्पणी:***आपका नाम नीचे सूचीबद्ध ग्राहक के समर्थन के स्रोत के रूप में दिया गया है। कृपया इस फ़ॉर्म को पूरा करें और इसे इस फ़ॉर्म में नीचे सूचीबद्ध क्लिनिक के व्यावसायिक कार्यालय को लौटा दें।*

|  |
| --- |
| **भाग I: वस्तु-रूपी आय का सत्यापन** |

मैं इस समय \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_के लिए, नीचे बताई गई सहायता मदों का योगदान कर रहा/रही हूँ,

 *(क्लाइंट का नाम)*

**अनुभाग A**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  आवास | [ ]  उपयोगिताएँ | [ ]  भोजन | [ ]  कपड़े | [ ]  नकद राशि |

यह सेवाओं या श्रम के बदले में है: [ ]  हाँ [ ]  नहीं

 मैं/हम \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ से ये वस्तुएं उपलब्ध करा रहे हैं।

 मैं/हम \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ तक इन वस्तुओं को उपलब्ध कराने की अपेक्षा करते हैं।

**अनुभाग B**

मैं/हम साझा वस्तु-रूपी घरेलू खर्चों में लागत साझा करते हैं: [ ]  हाँ [ ]  नहीं

अगर हाँ, तो कृपया साझा व्यवस्था को स्पष्ट करें:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

निम्नलिखित पते पर घरेलू वस्तुओं का कुल मूल्य:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| आवास | उपयोगिताएँ | भोजन | कपड़े | नकद राशि |
| **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

उपरोक्त पते पर रहने वाले परिवार में लोगों की संख्या \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**अनुभाग C**

वस्तु-रूपी प्रदाता का ग्राहक से संबंध \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **भाग II: भुगतान किये गये किराये का सत्यापन** |

भुगतान किया गया किराया: [ ]  हाँ [ ]  नहीं। अगर हाँ, तो बताएँ कि राशि $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ प्रति \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ है।

वस्तु-रूपी प्रदाता के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ तारीख: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ शहर: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ज़िप: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

फ़ोन नंबर (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

**कृपया इस भरे हुए फ़ॉर्म को ऊपर दर्शाई गई तारीख से 10 व्यावसायिक दिनों के भीतर वापस भेजें:**

सावधान: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ क्लिनिक का नाम: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ शहर: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ज़िप: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

फ़ोन नंबर (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ फैक्स: (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_