



NATIONAL INSTITUTE FOR THE VISUALLY HANDICAPPED

(Under Ministry of Social Justice & Empowerment, Govt. of India)

116, Rajpur Road, Dehradun-248 001 (U.K.)

APPLICATION FORM

Membership No. _____

1. Name in block letters : _____
2. Father's Name : _____
3. Age in years : _____
4. Sex : _____
5. Permanent Address : _____

6. Address at which books should be forwarded : _____

7. Occupation/ Class (if Student) : _____
8. Subject of interest : _____
9. Subject in which books are required : a) _____
 b) _____
 c) _____

I hereby certify that I have read the rules of membership of National Braille Library and agree to abide by them.

Dated : _____

Place : _____

Signature/Thumb Impression of applicant : _____

This is to certify that the applicant is blind and can read Braille. I undertake to compensate the Library for loss or damage of Braille books or waterproof bags in case the member fails.

Dated : _____

Place : _____

Signature
Name and Address

OFFICE SEAL



राष्ट्रीय दृष्टिबाधितार्थ पुस्तकालय,
राष्ट्रीय दृष्टिबाधितार्थ संस्थान,

(सामाजिक न्याय एवं अधिकारिता मंत्रालय, भारत सरकार के अधीन)
116, राजपुर मार्ग, देहरादून-248001

आवेदन पत्र

सदस्यता सं०.....

1. नाम (पूरे अक्षरों में) :
2. पिता का नाम :
3. आयु वर्षों में :
4. लिंग :
5. स्थायी पता :
6. पता: जिस पर पुस्तकें
अग्रसारित की जायें :
7. व्यवसाय/ कक्षा (यदि विद्यार्थी हो) :
8. रुचि का विषय :
9. भाषा, जिसमें पुस्तकों की आवश्यकता है :

मैं उपरोक्त एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ कि मैंने राष्ट्रीय ब्रेल पुस्तकालय की सदस्यता के नियम भली भाँति पढ़ लिए हैं और मैं उनका पालन करने पर सहमत हूँ।

दिनांक :

स्थान :

(आवेदक के हस्ताक्षर/ अँगूठा निशानी)

यह प्रमाणित किया जाता है कि आवेदक दृष्टिहीन है और ब्रेल पढ़ सकता है। मैं जानता हूँ कि ब्रेल पुस्तकों या वाटरप्रूफ थैलों के खोने पर अथवा उन्हे क्षति पहुँचाने पर यदि सदस्य उनकी क्षति पूर्ति करने में असमर्थ रहता है तो मैं उनकी क्षतिपूर्ति करूँगा।

दिनांक :

स्थान :

हस्ताक्षर

नाम व पता.....