

अली यावर जंग राष्ट्रीय वाक् एवं श्रवण दिव्यांगजन संस्थान
Ali Yavar Jung National Institute of Speech and Hearing Disabilities
(Divyanjan), मुंबई/Mumbai-400050

सूचना का अधिकार अधिनियम, 2005
Right to Information Act, 2005

आवेदक का नाम : तिथि : समय
Name of the Applicant : Date: ___/___/___ Time ___:___
पता, फ़ोन नंबर/ईमेल :
Address with Telephone No./Email
आय/Income :
दिव्यांगजन/Divyanjan : हाँ/नहीं
Yes/No
अपेक्षित सूचना का विवरण :
Details of Information Required

क्र. सं. S. No.	विषय का संक्षिप्त विवरण Brief title of the Subject	मुद्रित/इलेक्ट्रॉनिक फॉर्मेट Printed/electronic format
आवेदक के हस्ताक्षर Signature of the Applicant:		

कार्यालय उपयोगार्थ/For Office Use

आवेदन प्राप्त होने की तिथि : समय
Application Received on : _____ Time _____
जानकारी प्रस्तुत करने के लिए
आवश्यक समय :
Time required to furnish
information
निर्धारित शुल्क (यदि कोई हो) :
Fees Prescribed (If any)
जन सूचना अधिकारी/सहा. जन
सूचना अधिकारी का नाम/Name
of the Public Information
Officer/ Asst. Public
Information Officer :

हस्ताक्षर
Signature:

तिथि/Date ___/___/___