निःशुल्क

मुख्यमंत्री राज्य वृद्धावस्था/निराश्रित महिला सम्मान/ HIV/AIDS पीड़ित व्यक्ति सहातार्थ पेंशन योजना/स्वामी विवेकानन्द निःशक्त स्वावलम्बन प्रोत्साहन पेंशन योजना हेतु आवेदन-पत्र

(आवेदक जिस योजना हेतु आवेदन दे रहे है, उसमें (✓) लगायें और अन्य को काट दें।

1. आवेदक/आवेदिका का नाम .....
2. पिता/पति का नाम .....
3. पता-मकान संख्या ..... ग्राम/मुहल्ला..... पंचायत/वार्ड .....
   प्रखण्ड/अंचल (शहर)..... जिला-पलामू
4. मतदाता पहचान पत्र.....
5. आधार संख्या- | | | | | | | | | | | | |
6. बैंक खाता संख्या | | | | | | | | | | | | | | | | | |
7. बैंक का नाम ..... 8. IFSC Code .....
9. कोटि- सामान्य/अनु॰जाति/अनु॰ज॰जाति/अन्य पिछड़ा वर्ग .....
10. आयु | | 11. आवेदक का पहचान चिन्ह .....
12. आवेदक का मोबाईल नम्बर | | | | | | | | | | |
13. क्या आवेदिका विधवा/परित्यक्ता महिला/एकल महिला है? (उल्लेख करें) .....
14. क्या आवेदक/आवेदिका दिव्यांग है? (हाँ/नहीं) .....
15. दिव्याग रहने पर दिव्यांगता का प्रकार- (शारीरिक/मानसिक/दृष्टिगत/मूक-वधिर/अन्य) .....
16. दिव्यांग रहने पर दिव्यांगता का प्रतिशत .....
17. ART/ARD Number (सिर्फ HIV/AIDS पीड़ित व्यक्ति के लिए)

18. संलग्न प्रमाण-पत्र

	✓	✗
● आधार कार्ड की स्वअभिप्रमाणित छायाप्रति अथावा आधार नहीं होने पर इस आशय का स्वघोषणा पत्र।		
● 18 वर्ष से अधिक आयु के आवेदक की मतदाता पहचान पत्र की स्वअभिप्रमाणित छायाप्रति।		
● विधवा रहने पर आवेदिका के पति का मृत्यु प्रमाण-पत्र की स्वअभिप्रमाणित छायाप्रति।		
● 18 वर्ष अथवा इससे अधिक आयु पत्यिक्त महिला 45 वर्ष अथवा इससे अधिक आयु की एकल महिला के संदर्भ में ग्रामीण क्षेत्र में मुखिया एवं पंचायत सचिव तथा शहरी/नगरीय क्षेत्र के लिए वार्ड पार्षद एवं राजस्व उपनिरीक्षक का संयुक्त प्रमाण-पत्र अथवा माननीय विधायक/सांसद अथवा किसी राजपत्रित पदाधिकारी द्वारा निर्गत प्रमाण-पत्र।		
● दिव्यांग रहने पर दिव्यांगता संबंधी प्रमाण पत्र (आवेदक Rights of Persons with Disabilities Act, 2016 Section-2 (r) के अनुसार Benchmark Disability (न्यूनतम 40% दिव्यांगता) अथवा Section-2 (s) "Persons with disability" अथवा Section- 2 (t) 'Persons with disability having high support needs' अथवा Section-2 (zc) 'Specified Disability' की श्रेणी में आता हो) की स्वअभिप्रमाणित छायाप्रति।		
● HIV/AIDS पीड़ित व्यक्ति का ART/ARD प्राप्त करने संबंधी चिकित्सा प्रमाण पत्र।		
● बैंक खाता का पासबुक की स्वअभिप्रमाणित छायाप्रति।		
● पात्रता संबंधी स्वघोषणा पत्र।		

स्व घोषणाः- मैं निष्ठापूर्वक घोषणा करता/करती हूँ कि उपरोक्त सभी तथ्य सही है। मैं इस प्रखण्ड/अंचल का/की स्थायी निवासी हूँ। मुझे केन्द्र प्रायोजित एवं राज्य योजनान्तर्गत किसी भी पेंशन योजना का लभ नहीं मिलता है।

✓

आवेदक/आवेदिका का ह./अँगूठा का निशान

pragyakendra.in

Downloaded from pragyakendra.in

सत्यापन-प्रतिवेदन

आवेदक /आवेदिका/वृद्ध/निराश्रित महिला/दिव्यांग/ HAV/AIDS पीड़ित व्यक्ति है इनकी उम्र ..... वर्ष है।

आवेदक द्वारा दिये गये दस्तावेज की जाँच की गई है और जाँच में इनका दस्तावेज सही पाया। आवेदक/आवेदिका द्वारा पात्रता संबंधी स्वघोषणा पत्र समर्पित किया गया है। अतः संकल्पानुसार मैं इनके पेंशन की स्वीकृति की अनुशंसा करता/करती हूँ। (अस्वीकृति की अनुशंसा की स्थिति में कारण का स्पष्ट उल्लेख करेंगे।

(.....)

(.....)

जाँच पदाधिकारी का पदनाम एवं हस्ताक्षर

☐ आवेदक/आवेदिका द्वारा दी गई उपर्युक्त विवरणी के जाँचोंपरान्त उन्हें ..... पेंशन योजना अंतर्गत में OSP/SCSP पेंशन की स्वीकृति दी जाती है।

☐ आवेदक / आवेदिका द्वारा दी गई उपर्युक्त विवरणी के जाँचोंपरान्त निम्नांकित कारणों से आवेदन अस्वीकृत किया जाता है। .....

स्वीकृत/अस्वीकृत

स्वीकृति संख्या एवं तिथि .....

प्रखण्ड विकास पदाधिकारी /अंचल अधिकारी का हस्ताक्षर

नोटः- उपर्युक्त कडिकाओं में से जो लागू न हो उसे काट दें।

pragyakendra.in

Downloaded from pragyakendra.in

स्व-घोषणा पत्र

पेंशन आवेदन पत्र के साथ विभागीय संकल्प के आलोक में जमा किया जाने वाला घोषण पत्र

मैं आवेदक / आवेदिका का नाम ..... पिता/पति का नाम .....

उम्र ..... पता- ग्राम/मुहल्ला..... पोस्ट ..... थाना .....

पंचायत/वार्ड नं. ..... प्रखण्ड/अंचल ..... जिला .....

एतद् द्वारा निम्न बिन्दुओं के होने की घोषणा करता /करती हूँ किः-

1. मैं या मेरी पत्नी / मेरा पति, केन्द्र एवं राज्य सरकार अथवा केन्द्रीय / राज्य सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रमों में स्थायी रूप से नियोजित / सेवानिवृत और पेंशन / पारिवारिक पेंशन प्राप्त नहीं करता / करती है।
2. मैं आयकर अदा करने वाले परिवार से संबंध नहीं रखता /रखती हूँ।
3. मैं महिला, बाल विकास एवं सामाजिक सुरक्षा विभाग, झारखण्ड राँची द्वारा संचालित किसी अन्य सामाजिक सुरक्षा पेंशन योजना का लाभ पूर्व से नहीं प्राप्त कर रहा / रही हूँ।
4. मैं अपने आधार संख्या ..... को विभाग द्वारा संचालित योजनाओं में व्यक्तिगत आच्छादन हेतू प्रयोग की अनुमति देता हूँ।

नोटः- उपरोक्त कथन एवं सूचना मेरी जानकारी में सही एवं सत्य है। किसी भी तरह का असत्यता पाए जाने पर मैं स्वयं जिम्मेवार होऊंगा/होऊंगी एवं मेरे विरूद्ध आवश्यक कार्रवाई की जा सकेगी।

आवेदक/आवेदिका/घोषणाकर्ता का हस्ताक्षर

pragyakendra.in

Downloaded from pragyakendra.in