

मध्यप्रदेश शासन
सामाजिक न्याय एवं निःशक्तजन कल्याण विभाग
// पेंशन हेतु आवेदन प्रारूप //

परिशिष्ट -अ (निःशुल्क)

प्रति,

1. मुख्य नगरपालिका अधिकारी,
नगर पालिका परिषद, इटारसी
जिला होशंगाबाद मध्यप्रदेश।

दिव्यांग का
फोटोग्राफ

विषय :- समग्र सामाजिक सुरक्षा पेंशन योजना अंतर्गत दिव्यांग पेंशन प्रदाय करने बावत्।

1. दिव्यांग की 9 अंको की समग्र आईडी क्रमांक

--	--	--	--	--	--	--	--	--
2. दिव्यांग का 12 अंको का आधार कार्ड नम्बर

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(यदि हो तो)
3. दिव्यांग का बीपीएल कार्ड नम्बर (यदि हो तो)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
4. दिव्यांग का नाम
5. पिता/पति का नाम
6. जाति वर्ग

एससी	एसटी	ओबीसी	सामान्य
------	------	-------	---------
7. दिव्यांग का जन्म तिथि/...../..... आयु
8. दिव्यांग का मोबाईल नम्बर
9. दिव्यांगता का प्रमाण पत्र का क्रमांक एवं जारी दिनांक
10. दिव्यांगता का प्रकार प्रतिशत
11. दिव्यांग के मूल निवासी स्थान व पूर्ण पता
12. परिवार की वार्षिक आय
13. क्या दिव्यांग आयकरदाता है ? हां/नहीं
14. क्या दिव्यांग शासकीय कर्मचारी/अधिकारी है ? हां/नहीं
15. क्या दिव्यांग को परिवार पेंशन प्राप्त हो रही है ? हां/नहीं
16. क्या दिव्यांग को अन्य सामाजिक सुरक्षा पेंशन प्राप्त हो रही है ? हां/नहीं
17. दिव्यांग का बचत खाता नम्बर की जानकारी

बचत खाता नम्बर	बैंक का नाम व पता	आईएफएससी कोड नम्बर

कल्याणी के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

:: स्व प्रमाणित घोषणा पत्र ::

परिशिष्ट - ब

मैं..... पिता/पति.....
निवासी..... सत्यनिष्ठा से यह घोषणा करती हूँ कि मैं

1. मध्यप्रदेश की मूल निवासी हूँ,
2. मेरी आयु 06 वर्ष से अधिक है,
3. आयकरदाता नहीं हूँ,
4. शासकीय कर्मचार/अधिकारी नहीं हूँ,
5. मुझे किसी प्रकार की परिवार पेंशन प्राप्त नहीं हो रही है,
6. मेरा दिव्यांग का प्रतिशत 40 से अधिक है।

ऊपर बताई गई जानकारी व आवेदन पत्र में उल्लेखित जानकारी सही है। यदि ऊपर लिखी जानकारी असत्य पाई जाती है तो मेरा आवेदन निरस्त किया जा सकता है।

दिनांक -

स्थान -

आवेदक के हस्ताक्षर/
अंगूठे का निशान

:: पावती ::

कार्यालय नगर पालिका परिषद
इटारसी जिला होशंगाबाद म.प्र.

क्रमांक

दिनांक

श्री/श्रीमती समग्र आईडी

पिता/पति समग्र आईडी

निवासी नगर

तहसील जिला म.प्र.

द्वारा समग्र सामाजिक सुरक्षा पेंशन योजना अंतर्गत दिव्यांगजन के लिए किया गया आवेदन पत्र मेरे द्वारा प्राप्त किया गया।

दिनांक -

स्थान -

हस्ताक्षर

नाम

पदनाम

नगर पालिका परिषद इटारसी

जिला होशंगाबाद म.प्र.

// अस्वीकृति आदेश //

कार्यालय नगर पालिका परिषद
इटारसी जिला होशंगाबाद म.प्र.

क्रमांक.....

दिनांक.....

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती

पिता/पति निवासी नगर

तहसील जिला म.प्र.

द्वारा मुख्यमंत्री कल्याणी पेंशन योजना के लिए प्राप्त आवेदन पत्र का परीक्षण मेरे द्वारा किया गया है।

2. परीक्षण उपरान्त निम्न कारणों व दस्तावेजों के न होने के कारण आवेदिका को समग्र सामाजिक सुरक्षा पेंशन योजना अंतर्गत दिव्यांगजन के लिए आवेदन अस्वीकृत किये जाने की अनुशंसा की जाती है :-

- | | |
|---|----------|
| 1. मध्यप्रदेश का मूल निवासी प्रमाण पत्र | हां/नहीं |
| 2. दिव्यांगता का प्रमाण पत्र | हां/नहीं |
| 3. दिव्यांगकी 9 अंको का समग्र आईडी | हां/नहीं |
| 4. दिव्यांगकी आयु प्रमाण पत्र | हां/नहीं |
| 5. दिव्यांगकी बैंक पासबुक की छायाप्रति जिसमें खाता क्रमांक व आईएफएस कोड स्पष्ट प्रदर्शित हो | हां/नहीं |
| 6. दिव्यांग का आयकरदाता न होने का स्वप्रमाणित घोषणा पत्र | हां/नहीं |
| 7. दिव्यांग द्वारा शासकीय कर्मचारी/अधिकारी न हो का स्व प्रमाणित घोषणा पत्र | हां/नहीं |
| 8. दिव्यांग द्वारा परिवार पेंशन प्राप्त नहीं हो रही हो का इस आशय का स्व प्रमाणित घोषणा पत्र | हां/नहीं |
| 9. दिव्यांग के पासपोर्ट साईज के दो-दो फोटोग्राफ | हां/नहीं |

दिनांक -

स्थान -

हस्ताक्षर

नाम

पदनाम

नगर पालिका परिषद इटारसी

जिला होशंगाबाद म.प्र.

// स्वीकृति आदेश //
कार्यालय नगर पालिक परिषद
इटारसी जिला होशंगाबाद म.प्र.

क्रमांक

दिनांक

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती

पिता/पति निवासी नगर

तहसील जिला म.प्र.

द्वारा समग्र सामाजिक सुरक्षा पेंशन योजना अंतर्गत दिव्यांगजन के लिए प्राप्त आवेदन पत्र का परीक्षण भरे द्वारा किया गया है।

परीक्षण उपरान्त निम्न कारणों से आवेदक को समग्र सामाजिक सुरक्षा पेंशन योजना अंतर्गत दिव्यांगजन के लिए पेंशन स्वीकृत किये जाने की अनुशंसा की जाती है :-

समग्र सामाजिक सुरक्षा पेंशन योजना अंतर्गत दिव्यांगजन के लिए पेंशन में निर्धारित पात्रता के मापदण्डों को पूर्ति होने के कारण पेंशन सहायता स्वीकृत किए जाने की अनुशंसा की जाती है।

दिनांक -

स्थान -

हस्ताक्षर

नाम

पदनाम

नगर पालिका परिषद इटारसी

जिला होशंगाबाद म.प्र.

मध्यप्रदेश लोक सेवाओं के प्रदान की गारंटी अधिनियम, 2010 नियम 5 (1) के
अंतर्गत अभिस्वीकृति का प्रारूप

पदाभिहित अधिकारी के कार्यालय का
नाम एवं पता

.....
.....

1. आवेदक का नाम एवं पता
2. पदाभिहित अधिकारी के कार्यालय
में आवेदन प्राप्त का दिनांक
3. सेवा का नाम जिसके लिये आवेदन
दिया गया है

.....
.....
.....

उन दस्तावेजों का विवरण जो सेवा
प्राप्त करने के लिये आवश्यक है किन्तु
आवेदन के साथ संलग्न नहीं किये गये हैं

.....
.....
.....

4. निश्चित की गई समय-सीमा
की आखिरी तारीख

.....

दिनांक -
स्थान -

प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर

नाम
पदनाम

नगर पालिका परिषद इटारसी
जिला होशंगाबाद म.प्र.

नोट:- आवेदन के साथ समस्त दस्तावेज प्राप्त न होने की स्थिति में उपरोक्त बिन्दु-4 में उल्लेखित आखिरी तारीख नहीं दी जायेगी।

.....

.....

