



कम्प्यूटर द्वारा जारी लाभपात्र पहचान कोड नं०

48490—S.J.&E.—Item No. 1—H.G.P., Chd.

सामाजिक न्याय एवं अधिकारिता विभाग, हरियाणा वृद्धावस्था सम्मान भत्ता के लिए आवेदन-पत्र

फोटो

जिला खण्ड/शहर..... ग्राम/वार्ड..... आवेदन तिथि

1. प्रार्थी का नाम श्री/श्रीमति

2. पिता/पति का नाम श्री

3. जन्म तिथि (स्कूल प्रमाण/जन्म तिथि प्रमाण/

ड्राइविंग लाइसेन्स/पासपोर्ट/वोटर पहचान जन्म तिथि आयु

कार्ड की स्वयं द्वारा सत्यापित प्रमाण-पत्र

(प्रति संलग्न करें।) प्रमाण जो संलग्न किया गया है

नोट :- यदि आवेदक द्वारा जन्म तिथि प्रमाण-पत्र संलग्न नहीं किया गया है, तो आवेदक को मैडिकल बोर्ड में आयु जांच हेतु पेश होना होगा (भाग-क)

4. पूर्ण स्थाई पता

5. गरीबी रेखा सूची संख्या

6. हरियाणा राज्य अधिवासी ? हां नहीं

7. क्या प्रार्थी अनुसूचित जाति से सम्बन्धित है ? हां नहीं

8. पिछड़ा वर्ग ? हां नहीं

9. क्या आवेदक सरकारी/अर्ध सरकारी/स्थानीय निकाय/ बोर्ड/निगम या किसी उद्यम से सेवानिवृत्त हुआ है ? हां नहीं
यदि हां, तो पूर्ण विवरण दीजिए।

10. क्या आवेदक सरकारी/अर्ध सरकारी/स्थानीय निकाय/ बोर्ड/निगम/संगठन/कम्पनी, जिसमें किसी भी सरकार/ स्थानीय निकाय द्वारा वित्तीय निवेश/सहायता प्रदान की जाती है, से आय/ (पी०एफ० राशि भी आय में शामिल है) पेंशन/पारिवारिक पेंशन प्राप्त कर रहा है? हां नहीं

11. पति एवं पत्नी दोनों की सभी साधनों से वार्षिक आमदनी

आवेदक के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

शपथ

मैं, श्री/श्रीमति पुत्र/पुत्री/पत्नी

निवासी

सत्यनिष्ठापूर्वक घोषणा करता/करती हूँ कि ऊपर दिया गया विवरण मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार ठीक एवं सत्य है। यदि मेरे द्वारा गलत तथ्य बताकर भत्ता प्राप्त किया गया तो सरकार को मेरी सभी प्रकार की पेंशन/भत्ता बन्द करने व 12 प्रतिशत ब्याज सहित प्राप्त किए गए भत्ते की वसूली करने का अधिकार होगा।

सत्यपान (सम्बन्धित सरपंच/वार्ड पार्षद/राजपत्रित अधिकारी द्वारा)

आवेदक के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

नाम पद

(क)

आवेदक द्वारा जन्म प्रमाण पत्र संलग्न न करने
पर दो सदस्यीय मैडिकल बोर्ड की सिफारिश

प्रार्थी का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान मैडिकल बोर्ड के समक्ष

प्रार्थी की अनुमानित आयु : वर्ष से वर्ष तक

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. हस्ताक्षर | 2. हस्ताक्षर |
| चिकित्सा अधिकारी का | चिकित्सा अधिकारी का |
| पूरा नाम | पूरा नाम |
| पद संज्ञा (स्टैम्प सहित) | पद संज्ञा (स्टैम्प सहित) |
| सी०एच०सी०/अस्पताल का | सी०एच०सी०/अस्पताल का |
| नाम व स्थान | नाम व स्थान |

तिथि हस्ताक्षर

खण्ड विकास एवं पंचायत अधिकारी/
सचिव, नगर निगम/नागरिक सेवा केन्द्र (CSC)
नाम

पद

नोट : पूर्ण आवेदन पत्र प्राप्त होने की स्थिति में प्रार्थी को नीचे रसीद देवें एवं आवेदन-पत्र जिला समाज कल्याण अधिकारी के कार्यालय को अग्रेषित करें अन्यथा आवेदन-पत्र कारण सहित प्रार्थी को वापिस लौटायें।

(ख) जिला समाज कल्याण अधिकारी

टिप्पणी

स्वीकृत

अस्वीकृत

तिथि

हस्ताक्षर

आवेदन-पत्र प्राप्ति रसीद

क्रमांक दिनांक

श्री/श्रीमती/कुमारी पिता/पत्नी निवासी

..... से दिनांक को वृद्धावस्था सम्मान

भत्ता हेतु फार्म प्राप्त हुआ।

हस्ताक्षर

खण्ड विकास एवं पंचायत अधिकारी

सचिव, नगर निगम/नागरिक सेवा केन्द्र (CSC)

नाम

पद