



निःशुल्क

“सर्वजन पेंशन योजना”

मुख्यमंत्री राज्य वृद्धावस्था/निराश्रित महिला सम्मान/ HIV/AIDS पीड़ित व्यक्ति के सहायतार्थ पेंशन योजना/स्वामी विवेकानन्द निःशक्त स्वावलम्बन प्रोत्साहन योजना हेतु

आवेदन पत्र

(आवेदक जिस योजना हेतु आवेदन दे रहे हैं उसमें (✓) लंगायें और अन्य को काट दें)

Photo

1. आवेदक/आवेदिका का नाम -
2. पिता/पति का नाम -
3. पता - मकान सं०- ग्राम/मुहल्ला-
पंचायत/वार्ड - प्रखण्ड/अंचल (शहर) -
जिला- राँची।
4. मतदाता पहचान पत्र :-
5. आधार संख्या -
6. बैंक खाता संख्या-
7. बैंक का नाम - 8. IFSC CODE -
9. कोटि - सामान्य/अनु० जाति/ अ०ज०जाति/अन्य पिछड़ा वर्ग -
10. आयु - 11. आवेदक का पहचान विद् -
12. लाभुक का मोबाईल नम्बर -
13. क्या आवेदिका विधवा/परित्यक्ता महिला/एकल महिला है ? (उल्लेख करें)-
14. क्या आवेदक/आवेदिका दिव्यांग है ? (हाँ/नहीं)-
15. दिव्यांग रहने पर दिव्यांगता का प्रकार - (शारीरिक/मानसिक/दृष्टिगत/मूक-बधिर/अन्य)-
16. दिव्यांग रहने पर दिव्यांगता का प्रतिशत -
17. ART/ARD Number (सिर्फ HIV/AIDS पीड़ित व्यक्तियों के लिए)-
18. संलग्न प्रमाण पत्र :-

	✓	X
➤ आधार कार्ड की स्वअभिप्रमाणित छायाप्रति अथवा आधार नहीं होने पर इस आशय का स्वघोषणा पत्र।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ 18 वर्ष से अधिक आयु के आवेदक की मतदाता पहचान पत्र की स्वअभिप्रमाणित छायाप्रति।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ विधवा रहने पर आवेदक के पति का मृत्यु प्रमाण-पत्र की स्वअभिप्रमाणित छायाप्रति।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ 18 वर्ष अथवा इससे अधिक आयु, परित्यक्त 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।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ दिव्यांग रहने पर दिव्यांगता प्रमाण पत्र (Rights of Persons with Disabilities Act, 2016 Section-2 (r) के अनुसार benchmark disability (न्यूनतम 40% दिव्यांगता) अथवा Section-2 (s) "person with disability" अथवा Section-2 (t) "person with disability having high support needs" अथवा Section-2 (zc) "specified disability" की श्रेणी में आता हो) की स्वअभिप्रमाणित छायाप्रति।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ HIV/AIDS पीड़ित व्यक्ति का ART/ARD प्राप्त करने संबंधी चिकित्सा प्रमाण-पत्र।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ बैंक खाता का पासबुक की स्वअभिप्रमाणित छायाप्रति।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ पात्रता संबंधी स्वघोषणा पत्र।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

घोषणा:- मैं निष्ठापूर्वक घोषणा करता/करती हूँ कि उपरोक्त सभी तथ्य सत्य हैं। मैं इस प्रखण्ड/अंचल का/की स्थायी निवासी हूँ। मुझे केंद्र प्रायोजित एवं राज्य योजनान्तर्गत किसी भी पेंशन योजना का लाभ नहीं मिलता है।

सत्यापन प्रतिवेदन

- (i) आवेदक/आवेदिका वृद्ध/निराश्रित महिला/दिव्यांग/HIV/AIDS पीड़ित व्यक्ति हैं इनकी उम्रवर्ष है। आवेदक द्वारा दिये गये दस्तावेज की जाँच की गई और जाँच में इनका दस्तावेज सही पाया। आवेदक/आवेदिका द्वारा पत्रता 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 जाँचोपरान्त उन्हें
..... पेंशन योजना अन्तर्गत TSP/SCSP में पेंशन की स्वीकृति दी जाती है।
- आवेदक/आवेदिका द्वारा दी गई उपर्युक्त विवरणी के जाँचोपरान्त निम्नांकित कारणों से आवेदन अस्वीकृत किया जाता है।

स्वीकृत/अस्वीकृत

स्वीकृति संख्या एवं तिथि:-

प्रखण्ड विकास पदाधिकारी/अंचल अधिकारी।

नोट :- उपर्युक्त कड़िकाओं में से जो लागू न हो उसे काट दें।

घोषणा पत्र

पेंशन आवेदन पत्र के साथ विभागीय सकल्प के आलोक में जमा किया जाने वाला घोषणा पत्र

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

उम्र- पता-ग्राम/मु0..... पो0..... थाना-

पंचायत/ वार्ड नं0-..... प्रखण्ड/अंचल- जिला-.....

एतद द्वारा निम्न बिन्दुओं के होने की घोषणा करता/करती हूँ कि:-

- मैं या मेरी पत्नी/मेरा पति, केन्द्र एवं राज्य सरकार अथवा केंद्रीय/राज्य सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रमों में स्थायी रूप से नियोजित/सेवानिवृत्त और पेंशन/पारिवारिक पेंशन प्राप्त नहीं करता/करती हूँ।
- मैं आयकर अदा करने वाले परिवार से संबंध नहीं रखता/रखती हूँ।
- 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।
- मैं पेंशन का लाभ प्राप्त करने के लिए अपने आधार संख्या उपयोग हेतु अपनी सहमति प्रदान करता/करती हूँ।

नोट:- उपरोक्त कथन मेरी जानकारी में सही एवं सत्य है। किसी भी तरह की असत्यता पाए जाने पर मैं स्वयं जिम्मेवार होऊँगा/होऊँगी एवं मेरे विरुद्ध आवश्यक कार्रवाई की जा सकेगी।

आवेदक/आवेदिका/घोषणाकर्ता का हस्ताक्षर