



श्रावण बाल

लभार्थीचे नाव :-----

गावाचे नाव :----- ता.संटा जि.जालना

तपासणी सुची

श्रावण बाल सेवा योजना

लाभार्थ्यांचे नांव ----- गावाचे नांव.-----

- १) वय:- ६५ वर्षांपर्यंत आहे काय
- २) प्रस्ताव परीपुर्ण आहे काय
- ३) १५ वर्षांपासून गावात राहात असल्याचे ग्रामसेवक यांचे प्रमाणपत्र आहे काय
- ४) ब्रारिद्रय रेषेचे स्तन २००२ चे साक्षात्कीत प्रमाणपत्र जोडले आहे काय
- ५) वैद्यकीय अधिक्षक किंवा तत्सम अधिकारी यांचे प्रमाणपत्र
- ६) वयाच्या पुराव्यासाठी राशन कार्ड /शाळेच्या उतारा/जन्म दाखला
- ७) ब्रारिद्रय रेषा किंवा एकत्र कुटुंबाचे रु २१०००/-पर्यंत उत्पन्न
- ८) इतर शासकीय योजनेचा लाभ अथवा अनुदान लाभ घेत आहे काय ?

सदर अर्ज २६ आक्टो-२०१० च्या निकषात बसत असल्याने /नसल्याने मंजुर/
नामंजुर करणे योग्य

लिपीक

नायब तहसिलदार

अ.का (संगायी)

तहसिलदार

परिशिष्ट-७

(श्रावणबाळ सेवा राज्य निवृत्तीवेतन योजना, इंदीरा गांधी राष्ट्रीय वृद्धापकाळ निवृत्तीवेतन योजना, इंदीर राष्ट्रीय विधवा निवृत्तीवेतन योजना व इंदीरा गांधी राष्ट्रीय अपंग निवृत्तीवेतन योजनेखाली अंधसहाय्यासाठी करावयाच्या अर्जाचा, अर्ज तपासणीच्या व मंजुरीचा नमुना)

प्रति,

मा.तहसिलदार साहेब,
तहसिल कार्यालय जालना

१. अर्जदाराचे संपुर्ण नाव :-----
२. पत्ता :-----
:-----
३. जन्मतारीख व वय :-----
४. महाराष्ट्रातील अधिवास :-----
५. कुटुंबातील व्यक्तींची संख्या :-----
६. (अ) कुटुंबाचे सर्व मार्गानी मिळणारे
एकुण वार्षिक उत्तमन :-----
किंवा
(ब) दारीद्वय रेफेखालील कुटुंबाच्या
यादीतील क्रमांक :-----
७. जातीचा प्रवर्ग (पोट जात नमुद करावी)
 - अ) खुला :-----
 - ब) अनुसूचित जाती :-----
 - क) अनुसूचित जमाती :-----
 - ड) विमुक्त जाती :-----
 - इ) भटक्या जमाती :-----
 - ई) विशेष मागास प्रवर्ग :-----
 - उ) इतर मागास वर्ग :-----
८. निराध्याचा प्रवर्ग
 - अ) वृद्ध
 - ब) अपंग
 - i) अंध
 - ii) अस्थिव्यंग
 - iii) मुकबधिर

मी असे जाहीर करतो की, मी वर दिलेली माहिती सत्य व विनचुक असून, मी शासनाच्या अन्य कोणत्याही योजनेखाली नियमित मासिक आर्थिक लाभ घेत नाही, सदरची माहिती चुकीची आढळल्यास माझ्या विरुद्ध फौजदरी कारवाईसह इतर कारवाई करण्याय मी पात्र असल्याची मला जाणीव आहे.

स्थळ :-

दिनांक :-

उजव्या किंवा डावा हाताच्या अंगठ्याचा ठसा.

अर्जदाराची सही

टीप: अर्जदाराने सही अंगठ्याचा ठसा देणे बंधनकारक आहे.

१०. माझ्या समक्ष श्री./श्रीमती :----- ह्याने /हिने सही
अंगठ्याचा ठसा दिलेला आहे.

साक्षीदाराचे नांव व पत्ता :-----

साक्षीदाराची सही (दिनांकासह)

११. मी आवश्यक त्या चौकशीनंतर प्रमाणित करतो की, वरील माहिती बरोबर आहे/वरील माहिती
चुकीची असल्याने प्रस्तुत योजनेत लाभ मिळावा यासाठी या अर्जाची शिफारस करित आहे/ नाही.
स्थळ :-

दिनांक :-

तपासणी करणाऱ्याची सही व शिक्का

१२. असे प्रमाणित करण्यात येते की, मी प्रस्तुत अर्जाची छाननी केली आहे व अर्जामध्ये सादर केलेल्या माहितीची
पडताळणी करून घेतली आहे.

मी सदर अर्ज श्रावणबाळ सेवा राज्य निवृत्तीवेतन योजना /इंदीरा गांधी राष्ट्रीय वृद्धापकाळ
निवृत्तीवेतन योजना/इंदीरा गांधी राष्ट्रीय विधवा निवृत्तीवेतन योजना /इंदीरा गांधी राष्ट्रीय
अपंग निवृत्तीवेतन योजनेअतर्गत लाभासाठी मंजूर करित आहे.

स्थळ :-

दिनांक :-

उपविभागीय अधिकाऱ्याची सही व शिक्का

स्थळ :

दिनांक :

उजव्या किंवा डाव्या हाताच्या अंगठ्याचा ठसा.

टीप:- अर्जदाराने सही व अंगठ्याचा ठसा बंधनकारक आहे.

अर्जदाराची सही

१३. माझ्या समक्ष श्री./श्रीमती ह्याने/हिने सही व अंगठ्याचा ठसा दिलेला आहे.
साक्षीदाराचे नाव व पत्ता:-

साक्षीदाराची सही.
(दिनांकासह)

१४. मी आवश्यक त्या चौकशीनंतर प्रमाणित करतो की, वरील माहिती बरोबर आहे./वरील माहिती चुकीची असल्याने प्रस्तुत योजनेत लाभ मिळावा यासाठी या अर्जाची शिफारस करीत आहे/नाही
स्थळ :-
दिनांक:-

१५. असे प्रमाणित करण्यात येते की, मी प्रस्तुत अर्जाची छाननी केली आहे व अर्जामध्ये सादर केलेल्या माहितीची पडताळणी करून घेतली आहे.
मी संजय गांधी निराधार अनुदान/श्रावण बाळ योजनेअंतर्गत लाभ मंजूर करण्यासाठी या अर्जाची शिफारस योजना समितीकडे करीत आहे/नाही
स्थळ :-
दिनांक:-

तहसिलदाराची सही व शिक्का

१६. समितीचे अभिप्राय

अ) मान्य

ब) अमान्य

संजय गांधी निराधार अनुदान/श्रावण बाळ योजना समितीच्या सदस्यांची स्वाक्षरी

- | | | |
|------------|-------|-------|
| १) अध्यक्ष | ----- | ..... |
| २) सदस्य | ----- | ..... |
| ३) सदस्य | ----- | ..... |
| ४) सदस्य | ----- | ..... |
| ५) सदस्य | ----- | ..... |
| ६) सदस्य | ----- | ..... |
| ७) सदस्य | ----- | ..... |
| ८) सदस्य | ----- | ..... |
| ९) सदस्य | ----- | ..... |
| १०) सदस्य | ----- | ..... |
| ११) सदस्य | ----- | ..... |
- पंचायत समितीचे गटविकास अधिकारी
/मुख्य अधिकारी

शासन निर्णय क्रमांक:विसयो-२०१० /प्र.क्र.१७५/विसयो-२ दिनांक २६ ऑक्टोबर २०१० चे परिशिष्ट

परिशिष्ट-१२

हयात प्रमाणपत्र (लाईव्ह सर्टीफिकेट)

असे प्रमाणित करण्यात येते की,श्री/श्रीमती :-----

-----राहणार ----- -तालुका -----जिल्हा

-----हे/ह्या श्रावणबाळ या योजनेखालील लाभार्थी असून ह्यातीचा पुरावा

म्हणून आज दिनांक / /२०२१ रोजी माझे समोर प्रत्यक्ष हजर राहिले/राहिल्या.

स्थळ :-

दिनांक:-

सही.....

तपासणी करणाऱ्याचे नांव हुद्दा व कार्यालयाचा शिक्का

अपत्या बाबतचे प्रमाणपत्र

असे प्रमाणित करण्यात येते की, श्रीमती :-----

-----राहणार -----

तालुका मंठा जिल्हा जालना येथील रहिवाशी असून त्यांनाइतके
अपत्य नाही/आहे.

करिता प्रमाणपत्र देण्यात येते.

स्थळ :-

दिनांक:-

ग्रामसेवक
ग्रा.पं.कार्यालय -----

शासकिय निमशासकिय सेवेत नसल्या बाबतचे प्रमाणपत्र

असे प्रमाणित करण्यात येते की, श्रीमती :-----

-----राहणार -----

तालुका मंठा जिल्हा जालना येथील रहिवाशी असून त्यांच्या कुटूंबात कोणतीही
व्यक्ती शासकिय/निमशासकिय सेवेत नाही.

करिता प्रमाणपत्र देण्यात येते.

तलाठी

ग्रामसेवक

रहिवाशी स्व:घोषणा प्रमाणपत्र

मी -----

-----श्री -----यांचा मुलगा/मुलगी

वय.....वर्षे , आधार क्रमांक

व्यवसाय -----माँजे -----

-----ता.मंठा जि.जालना येथील रहिवाशी असून या व्दारे घोषित करतो/

करते की, मी माँजे -----ता.मंठा जि.जालना

या ठिकाणी मागील १५ वर्षांपासून राहत /वास्तव्यास आहे.

वरील सर्व माहिती व समजुतीनुसार खरी आहे.सदर माहिती खोटी आढळून आल्यास भारतीय दंड संहिता अन्वये आणी /किंवा संबधित कायदानुसार माझ्यावर खटला भरला जाईल व त्यानुसार मी शिक्षेस पात्र राहीन. तसेच स्वतःघोषणापत्राव्दारे मिळालेले सर्व लाभ सर्वकषरित्या काढून घेण्यात येतील याची मला पूर्ण जाणीव आहे.

करिता स्व:घोषणा पत्र लिहून देत आहे.

अर्जदाराची सही

अर्जदाराचे नाव -----

ठिकाण : -----

दिनांक

अपत्य असल्या/नसल्याबाबतचे स्वयंघोषणा प्रमाणपत्र
(शपथपत्र)

असे प्रमाणित करण्यात येते की, मी श्री/ श्रीमती :-----

-----राहणार -----

-----तालुका मंठा जिल्हा जालना येथील रहिवाशी असून मला आज रोजी
.....अपत्य आहे/नाही.

वरील माहिती सत्य व बरोबर असून मधील काही माहिती खोटी अथवा
चुकीची आढळून आल्यास मी भांदवि कलम १९९,२०० नुसार होणाऱ्या
कार्यवाहीस पात्र राहील .

करिता प्रमाणपत्र देण्यात येते.

स्थळ :-

लिहून देणार

दिनांक:-

वयाचे व आरोग्याचे प्रमाणपत्र

जा.क्र.

दिनांक

वैद्यकीय अधिकाऱ्याचे नाव :-----

प्रमाणपत्र धारकाचे नाव श्री/श्रीमती -----

मी स्वतः वडिल व्यक्तीचे आरोग्य विषयाची तपासणी केली आहे.

१) त्यांचे /तिचे स्वतः चे म्हणण्यानुसार त्याचे /तिचे वय () वर्षे आहे.
माझ्या मतांनुसार त्याचे /तिचे वय () वर्षे आहे.

२) तो/ती अंधत्व /कृष्टरोग /क्षयरोग /पॅरालीस /सरवन /अपंग असल्यामुळे
काम करण्यास असमर्थ आहे.

३) तो/ती बरी होण्याची शक्यता वाटत नाही आणि तो रोग बरा -----
-----ह्या कारणामुळे दुरुस्त होण्याची शक्यता आहे.

४) तो/ती अंतररुग्ण /बाहारुग्ण म्हणून दवाखान्यात औषधोपचार घेत आहे.

ओळख खुन १) -----

२) -----

विधवा स्त्रियावरील अवलंबीत मुले



मुलाचे नाव

वय वर्षे

१) -----

२) -----

३) -----

४) -----

५) -----

वैद्यकीय अधिकाऱ्यांची स्वाक्षरी व शिक्का