



मुख्यमंत्री राज्य वृद्धावस्था पेंशन योजना/मुख्यमंत्री राज्य निराश्रित महिला सम्मान पेंशन योजना/स्वामी विवेकानन्द
निःशक्त श्रृंगविलम्बन प्रोत्साहन पेंशन /HIV/ AIDS पीडित व्यक्ति सहायतार्थ पेंशन योजना हेतू

आवेदन पत्र

खण्ड-क

(आवेदक/आवेदिका द्वारा भरा जायेगा)

1. आवेदक/आवेदिका का नाम(आधार के अनुसार)
2. पिता/पति का नाम
3. आवेदक/आवेदिका का पूरा पता
मकान संख्या..... ग्राम..... मूहल्ला
पंचायत/वार्ड पोस्ट..... प्रखण्ड
थाना..... जिला पिन
4. लिंग (पुरुष/महिला)
4. कोटि अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/भूमिहीन/दिव्यांग/सामान्य/अन्य
5. आवेदन पत्र देने की तिथि को उम्र (वोटर कार्ड एवं आधार के अनुसार)
6. बैंक का नाम शाखा खाता संख्या.....
आई0एफ0सी0कोड (पास बुक की स्व-अभिप्रमाणित छाया प्रति संलग्न करें)
आधार संख्या..... (स्व-अभिप्रमाणित छाया प्रति संलग्न करें)
7. आवेदक/आवेदिका का मोबाईल संख्या.....
8. मतदाता पहचान पत्र संख्या..... (स्व-अभिप्रमाणित छाया प्रति संलग्न करें)
9. दिव्यांग रहने पर दिव्यांगता प्रमाण पत्र संख्या..... दिव्यांगता का प्रकार
(शारीरिक/मानसिक/दृष्टिगत/मूक-बधिर/अन्य), दिव्यांगता प्रतिशत..... (प्रमाण पत्र की
स्व-अभिप्रमाणित छाया प्रति संलग्न करें)
10. विधवा रहने पर पति का मृत्यु प्रमाण पत्र संख्या..... (मृत्यु प्रमाण पत्र की स्व-अभिप्रमाणित छाया
प्रति संलग्न करें)
11. परित्यक्त एवं एकल महिला रहने पर ग्रामीण क्षेत्र में मुखिया एवं पंचायत सचिव तथा शहरी क्षेत्र के लिए वार्ड
पार्षद एवं राजस्व उप निरीक्षक का संयुक्त प्रमाण पत्र अथवा माननीय विधायक/सांसद अथवा राज पत्रित
पदाधिकारी का अनुशंसा प्रमाण पत्र संलग्न करें।
12. ART / ARD Number (सिर्फ HIV / AIDS पीडित व्यक्तियों के लिए) -
13. HIV / AIDS पीडित व्यक्ति का ART / ARD प्राप्त करने संबंधी चिकित्सा प्रमाण - पत्र ।
मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि-
1 स्वयं या पत्नी/पति, केन्द्र एवं राज्य सरकार अथवा केन्द्रीय/राज्य सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रमों में स्थायी रूप से
नियोजित/सेवानिवृत्त और पेंशन/पारिवारिक पेंशन प्राप्त नहीं करता/करती हूँ ।
2 आयकर अदा नहीं करने वाले परिवार से हूँ । (परिवार का तात्पर्य पति/पत्नी, नाबालिग बच्चे, दिव्यांग बच्चे से है)
3 किसी अन्य सामाजिक सुरक्षा पेंशन का लाभ पूर्व से प्राप्त नहीं कर रहा/रही हूँ।
4 मैं पेंशन हेतु आधार संख्या उपरोक्त पेंशन योजना में उपयोग हेतु, सहमति प्रदान करता/करती हूँ।

आवेदक/आवेदिका का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान



खण्ड-ख

(जॉच पदाधिकारी/ग्राम पंचायत/नगर निकाय सदस्य द्वारा भरा जायेगा)

पंचायत सचिव/राजस्व कर्मचारी/प्रखण्ड स्तरीय पर्यवेक्षक/अंचल निरीक्षक का जॉचोपरांत अनुशंसा

आवेदक/आवेदिका.....पिता/पति.....प्रखण्ड.....पंचायत/वार्ड...
.....ग्रामवृद्ध/वृद्धा/निराश्रित महिला/ दिव्यांग है जिनकी उम्र वर्ष
है। आवेदक/आवेदिका द्वारा दिये गये सभी दस्तावेज, विवरणी एवं घोषणा पत्र की जॉच की गई जो जॉचोपरान्त सही
पाया गया।

अतः मैं आवेदक/आवेदिका का मुख्यमंत्री राज्य
वृद्धावस्था पेंशन योजना/मुख्यमंत्री राज्य निराश्रित महिला सम्मान पेंशन योजना/स्वामी विवेकानन्द निःशक्त स्वावलम्बन
प्रोत्साहन पेंशन योजना की स्वीकृति/ अस्वीकृति की अनुशंसा करता हूँ। (अस्वीकृति की स्थिति में स्पष्ट कारण का
उल्लेख करेंगे)

जॉच पदाधिकारी का हस्ताक्षर

खण्ड-ग

(प्रखण्ड/अंचल कार्यालय द्वारा भरा जायेगा)

आवेदक/आवेदिकापिता/पति.....की जॉच अधीनस्थ कर्मियों के द्वारा करायी
गई। जॉच पदाधिकारी द्वारा आवेदक/आवेदिका को मुख्यमंत्री राज्य वृद्धावस्था पेंशन योजना/मुख्यमंत्री राज्य निराश्रित
महिला सम्मान पेंशन योजना/स्वामी विवेकानन्द निःशक्त स्वावलम्बन प्रोत्साहन पेंशन योजना में स्वीकृति हेतु अनुशंसा
की गई है।

जॉच पदाधिकारी के अनुशंसा के आधार पर आवेदक/आवेदिका के आवेदन को मुख्यमंत्री राज्य वृद्धावस्था पेंशन
योजना/मुख्यमंत्री राज्य निराश्रित महिला सम्मान पेंशन योजना/स्वामी विवेकानन्द निःशक्त स्वावलम्बन प्रोत्साहन पेंशन
योजना के तहत स्वीकृति दी जाती है

1. आवेदक/आवेदिका का आवेदन अस्वीकृत की जाती है।
अस्वीकृति का कारण

प्रखण्ड विकास पदाधिकारी/अंचल अधिकारी

स्वीकृति के पश्चात लामुक का लेखा संख्या एवं तिथि (प्रखण्ड/अंचल कार्यालय द्वारा भरा जायेगा)