

ik: i ^d\*\*

सहायता के लिये आवेदन-पत्र

(नियम 8 देखिये)

भाग -1

प्रति,

आयुक्त/संचालक,  
कोष एवं लेखा,  
छत्तीसगढ़,  
रायपुर ।

विषय:-पेंशनर कल्याण निधि से वित्तीय सहायता ।

1. आवेदक का पूरा नाम तथा पता \_\_\_\_\_
2. जन्म तिथि \_\_\_\_\_
3. सेवानिवृत्ति के समय धारित पद \_\_\_\_\_  
तथा पद की श्रेणी \_\_\_\_\_
4. सेवानिवृत्ति की तारीख \_\_\_\_\_
5. वह कार्यालय जहां से सेवानिवृत्त हुए \_\_\_\_\_
6. परिवार पेंशनर के मामले में –
  - (क) मृतक शासकीय सेवक/पेंशनर का नाम \_\_\_\_\_  
तथा पता \_\_\_\_\_
  - (ख) मृतक शासकीय सेवक/पेंशनर किस \_\_\_\_\_  
कार्यालय में तथा किस पद पर  
कार्यरत था? तथा पद की श्रेणी \_\_\_\_\_
  - (ग) क्या परिवार पेंशनर शासकीय \_\_\_\_\_  
सेवा में है? यदि हां, तो पद  
तथा कार्यालय का नाम \_\_\_\_\_
  - (घ) मृतक शासकीय सेवक/पेंशनर से संबंध \_\_\_\_\_
7. पी.पी.ओ.क्रमांक (कृपया फोटा प्रति \_\_\_\_\_  
संलग्न करें)

8. पेंशन की राशि – (प्रतिमाह )
- (क) पेंशन \_\_\_\_\_(सारांशिकरण के पूर्व) \_\_\_\_\_
- (ख) अंतरिम राहत \_\_\_\_\_
- (ग) मंहगाई राहत \_\_\_\_\_ कुल
9. कोषालय/उपकोषालय/बैंक जहां के पेंशन  
आहरित कर रहे है \_\_\_\_\_
10. राज्य के भीतर लंबी तथा गंभीर बीमारी के मामलों में \_\_\_\_\_
- (क) बीमारी का स्वरूप तथा अवधि \_\_\_\_\_
- (ख) क्या शासकीय चिकित्सालय में  
निःशुल्क चिकित्सा उपलब्ध नहीं है \_\_\_\_\_
- (ग) वांछित सहायता की राशि \_\_\_\_\_  
(कृपया मूल देयक संलग्न करें)
11. दुर्घटना या दैवी विपत्ति के मामलों में \_\_\_\_\_
- (क) दुर्घटना या विपत्ति का स्वरूप \_\_\_\_\_
- (ख) दुर्घटना की तारीख \_\_\_\_\_
- (ग) अपंगता के ब्यौरे \_\_\_\_\_
- (घ) घटना के लिये शासन से प्राप्त सहायता  
राशि यदि कोई हो के ब्यौरे \_\_\_\_\_
- (ङ.) वांछित सहायता राशि (कृपया मूल देयक संलग्न करें) \_\_\_\_\_
- (च) इस प्रयोजन के लिये सहायता कब व  
किस सीमा तक मंजूर की गई थी \_\_\_\_\_
12. दांत/चश्मे तथा श्रवण यंत्र के मामले में \_\_\_\_\_
- (क) क्या सहायता दांत /चश्मे या श्रवण यंत्र  
के लिये है \_\_\_\_\_
- (ख) सहायता की राशि (कृपया मूल देयक संलग्न करें) \_\_\_\_\_
- (ग) इस प्रयोजन के लिये सहायता कब व  
किस सीमा तक मंजूर की गई थी \_\_\_\_\_

13. स्केनिंग / डायलेसिस / स्ट्रेस - टेस्ट / ई.सी.जी. तथा

अन्य प्रकार के विशिष्ट टेस्ट के मामलों में -

(क) टेस्ट का प्रकार

---

(ख) क्या टेस्ट की सुविधा शासकीय

---

चिकित्सालय में उपलब्ध है

(ग) यदि हां तो निजी चिकित्सालय अथवा

---

लेब से टेस्ट कराने का कारण और यदि

---

उपलब्ध न हो तो अनुपलब्धता प्रमाण -

पत्र संलग्न करें

(घ) क्या इसके लिए शासकीय चिकित्सक

---

द्वारा परामर्श दिया था? यदि हां तो

---

चिकित्सक का नाम तथा पदनाम (कृपया

चिकित्सक का प्रमाणस - पत्र संलग्न करें)

(ङ.) वांछित सहायता राशि (कृपया मूल देयक

---

संलग्न करें)

(च) इस प्रयोजन के लिये सहायता कब व

---

किस सीमा तक मंजूर की गई थी

14. पुत्र/पुत्री की तकनीकी शिक्षा के मामले में

(क) पुत्र/पुत्री का नाम

---

(ख) तकनीकी शिक्षा का प्रकार

---

(ग) संस्थान का नाम जहां वहा अध्ययनरत है

---

(घ) किस सेमीस्टर / वर्ष में वहा अध्ययनरत है

---

(कृपया अंतिम अंकसूची की प्रतिलिपि संलग्न करें )

(ङ.) वांछित सहायता की राशि (कृपया

---

भुगतान की मूल रसीद संलग्न करें )

(च) इस प्रयोजन के लिये सहायता कब व

---

किस सीमा तक मंजूर की गई थी

15. राज्य के बाहर चिकित्सा के मामले में –

(क) बीमारी का नाम जिसके लिये चिकित्सा  
कराई गई हो

\_\_\_\_\_

(ख) चिकित्सालय का नाम तथा स्थान  
जहां चिकित्सा कराई गई हो

\_\_\_\_\_

(ग) मेडिकल कालेज के विभागाध्यक्ष का नाम  
तथा पदनाम जिसके द्वारा उक्त चिकित्सा  
हेतु परामर्श दिया था (कृपया प्रमाण-पत्र  
संलग्न करें )

\_\_\_\_\_

(घ) यदि चिकित्सा शासकीय प्राधिकृत  
चिकित्सक के परामर्श के बगैर कराई  
गई है तो कृपया ऐसा करने के लिये  
कारणों का संक्षेप में कथन करें ।

\_\_\_\_\_

(ङ.) वांछित सहायता की राशि (कृपया मूल  
देयक संलग्न करें)

\_\_\_\_\_

(च) इस प्रयोजन के लिये सहायता कब व  
किस सीमा तक मंजूर की गई थी

\_\_\_\_\_

16. पूर्व में स्वीकृत सहायता राशि के ब्यौरे –

(क) राशि

\_\_\_\_\_

(ख) स्वीकृतियों की तारीखें

\_\_\_\_\_

(आवेदक के हस्ताक्षर )

पूरा नाम \_\_\_\_\_

पत्र व्यवहार का पूरा पता

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

टीप :- सभी आवश्यक प्रमाण-पत्रों/देयकों का संलग्न करना अनिवार्य है।

## Hkkx & 2

(केवल कार्यालयीन उपयोग के लिये )

आवेदन की जांच की गई । आवेदक कल्याण निधि के नियमों के अनुसार सहायता प्राप्त करने के लिये पात्र हैं । आवेदन के साथ सभी आवश्यक देयक/प्रमाण –पत्र अथवा अन्य दस्तावेज संलग्न है ।

या

आवेदन की जांच की गई । आवेदक कल्याण निधि के नियमों के अनुसार सहायता प्राप्त करने हेतु पात्र नहीं हैं । आवेदन के साथ आवश्यक दस्तावेज संलग्न नहीं है ।

तारीख .....

tkpdrkl vf/kdkjh

टीप – आवेदन पत्रों की जांच आयुक्त/संचालक द्वारा नामनिर्दिष्ट अधिकारी द्वारा की जाएगी । अपूर्ण आवेदन आवेदक को वापस कर दिया जावेगा ।

## भाग – 3

कार्यकारिणी समिति की बैठक तारीख ..... में श्री/श्रीमती/सुश्री .....को रूपये ..... (शब्दों में ) .....की सहायता (आधारों ) के लिये मंजूर की गई ।

आयुक्त/संचालक या

आयुक्त/संचालक द्वारा नामनिर्दिष्ट

अधिकारी

## Hkkx & 4

श्री/श्रीमती/सुश्री..... को डिमांड ड्राफ्ट क्रमांक .....तारीख .....द्वारा सहायता राशि रूपये .....(शब्दों में ) .....भेजी गयी ।

आहरण एवं संवितरण

अधिकारी के हस्ताक्षर

छत्तीसगढ़ के राज्यपाल के नाम से  
तथा आदेशानुसार ,

(.....)