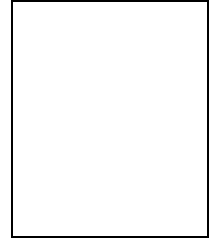


विकलांगों को कृत्रिम अंग उपकरण प्रदाय योजना

आवेदन पत्र का प्रारूप



यह आवेदन-पत्र सही जानकारी एवं पत्रों सहित क्षेत्र के विकास खंड अधिकारी या संयुक्त संचालक, उपसंचालक/संभागीय व्यवस्थापक, पंचायत एवं सामाजिक न्याय, जिला के कार्यालय में जमा करें।

1. अपगंता का प्रकार (नेत्रहीन/अंग/मूकबधिर)
2. आवेदनकर्ता का पूरा नाम
3. आवेदक के पिता/पति का नाम
4. जन्म तिथि
5. वर्तमान पूरा पता
6. माता/पिता/पालक/आवेदन की वार्षिक आय
7. व्यवसाय (माता/पिता/पालक/आवेदन)
8. स्थाई निवास का पूरा पता
9. राज्य का नाम (निवासी)
10. कृपया विवरण दें कि आवेदन को अन्य स्रोतों से कोई सहायता प्राप्त होती है तो उसका निम्नलिखित प्रस्तुत करें:
(अ) स्रोत (ब) मासिक राशि
- (स) किस उद्देश्य हेतु सहायता मिल रही है
- (द) क्या आवेदन म.प्र. शासन या भारत शासन से प्राप्त अपंग छात्रवृत्ति का लाभ ले रहा है तो नहीं, स्पष्ट करें।
11. कृत्रिम अंग उपकरण का नाम

12. शैक्षणिक योग्यता तथा तकनीकी शिक्षा का विवरण :

संस्थाओं के नाम जिसमें प्रार्थी ने शिक्षा प्राप्त की हो	हर संस्था में रहने की समयावधि	हर संस्था में लिये गये विषय	उत्तीर्ण परीक्षा

13. प्रार्थी किस कक्षा में अध्ययन करता है :

1. व्यवसाय के पाठ्यक्रम का नाम जिसमें प्रशिक्षण लेना चाहता हूँ
2. पाठ्यक्रम की निर्धारित समयावधि
3. पाठ्यक्रम शुरू होने की संभावित तिथि
4. संस्था का नाम व पता जिसमें प्रार्थी अध्ययन करना चाहता/चाहती हूँ
14. प्रतिमाह दिये जाने वाला शुल्क
- यदि कोई शुल्क हो तो उसका विवरण
15. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने म.प्र. शासन की परियोजना संबंधी विशेष सहायता नियम पढ़े तथा मैं उसका पालन करना चाहता/चाहती हूँ, ऊपर दी गई जानकारी सही एवं सत्य है।

प्रार्थी के हस्ताक्षर

16. आवेदन पत्र के साथ निम्नांकित पत्रों के संलग्न कर भेजा जाना आवश्यक है (कृपया भेजने वाले सहपत्रों पर निशान अंकित करें)।
17. उक्त विद्यालय के प्रधानाध्यापक या प्राचार्यों के प्रमाण-पत्र जिसमें बालक/बालिका अध्ययन करता/करती हो, प्रवेश लेना चाहता/चाहती हो।
18. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि जहां तक मुझे ज्ञात है ऊपर दी गई जानकारी सही है। मेरा मत है कि यदि छात्र/छात्रा को और सुविधा यदि उसे स्वास्थ्य अधिकारी द्वारा विशेष सहायता मिले तो भविष्य में छात्र/छात्रा और प्रगति कर सकेगा।

**प्राचार्य/प्रधानाध्यापक
के हस्ताक्षर एवं सील**

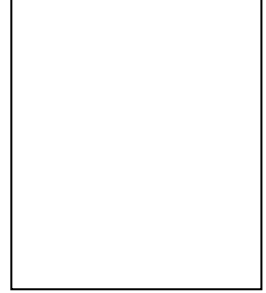
विकलांगों के लिए डॉक्टरी प्रमाण-पत्र

कृत्रिम अंग एवं उपकरण के प्रयोजन के लिए विकलांग व्यक्ति वह जिसमें शारीरिक बाधा अथवा बेडोलपन हो जिसके कारण मांसपेशियां जो सामान्य रूप से कार्य करने में बाधा न आती हो।

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने अर्थात् डॉ.

.....रजिस्ट्रेशन नं.

आज दिनांक को नीचे लिखे उम्मीदवार की जांच की और उपर्युक्त परिस्थितियों के अंतर्गत विकलांग हैं :



1. उम्मीदवार का नाम :
2. पिता का नाम :
3. जाति :
4. लिंग भेद :
5. पहचान चिन्ह :
6. अपंगता का प्रकार (नीचे दी गई सूची से संबंधित अंगों पर चिन्ह अंकित करें)

(अ) पोलियों के बाद, कवर, पक्षाघात, चतुरघाट, पथरी जन्म अर्जित अर्धर, शस्वअर्धत, अपंगता पीढाधारी, रघ्नता, वितमल, कुराहरोग, तात्रिकघात घुटने के ऊपर/नीचे निम्न कुपोषण, कलेबलाई, कोहनी के नीचे।

(ब) निःशक्तता की मात्रा

(स) प्रतिशत अनुसार मेकबाईडकस शारीरिक रचना रोगीकृत निर्धारित परीक्षक वृत्त निर्धारित आर्थिक आधार पर प्रतिमास का उल्लेख करें

(द) उपकरण के प्रयोग के लिये नीचे की सूची से अंग पर सही का निशान लगा दें

वैसाखी/केलीपर व्हीलचेयर/ट्रायसाईकिल/श्रव यंत्र/घुटने/के नीचे कृत्रिम अंग ऊपर एक पांव/कोहनी के नीचे निःशक्त संबंधी यदि कोई आपरेशन किया गया हो
..... फोटो छायांकित फोटो में यह दिखाई देना चाहिए कि अपंगता का स्वरूप क्या है और अपंगता की मात्रा एवं स्वरूप को स्पष्ट अंकित करें विकलांग व्यक्ति को किस उपकरण कृत्रिम अंग/उपकरण का नाम

जिसकी विकलांग व्यक्ति को आवश्यकता हो।

विकलांग व्यक्ति के हस्ताक्षर

दिनांक

विकलांग सर्जन असिस्टेन्ट

के हस्ताक्षर एवं पद मुद्रा

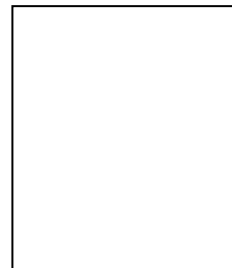
संयुक्त संचालक,
उपसंचालक/संभागीय व्यवस्थापक
पंचायत एवं सामाजिक न्याय,
जिला (म.प्र.)

पंजीयन क्रमांक

विषय : निराश्रित निधि के कृत्रिम अंग/श्रवण यंत्र/ बैसाखी/कैलिपर्स/लो-विजन
एड/ट्राईसिकल/श्वेत छड़ी व्हील चेयर निःशुल्क प्राप्त बाबत।

मान्यवर,

उपरोक्त विषय मे निवेदन है कि मुझे
निःशुल्क प्रदान करने की कृपा करें। मेरे बारे में विस्तृत जानकारी निम्नलिखित
है।



1. प्रार्थी का नाम श्री/श्रीमती/कु.
2. पिता/पति नाम
3. प्रार्थी की आयु
4. स्त्री/पुरुष
5. शिक्षा
6. स्थाई पता
7. स्वयं/पालक की मासिक आय
8. जाति सामान्य/अनु.जाति/ज.जाति/पिछड़ा वर्ग
9. विकलांगता का कारण
10. विकलांगता का प्रकार
11. प्रार्थी को किस प्रकार की सहायता चाहिये
12. क्या हां तो कब प्राप्त सहायता पूर्व में प्राप्त है : हाँ नहीं
13. डॉक्टरी प्रमाण-पत्र संलग्न है : हाँ नहीं
14. मैं शपथ पूर्वक कहता हूँ कि मैंने पिछले दो वर्षों में किसी भी शासकीय संस्था एवं अशासकीय संस्था से ऊपर लिखी सहायता प्राप्त नहीं की है।, उपकरण मैं स्वयं उपयोग करूंगा/करुंगी एवं किसी को विक्रय नहीं करूंगा/करुंगी। यदि कोई शिकायत प्राप्त हो तो कृपया उपकरण जब्त कर लें।
मेरी जानकारी के अनुसार उपरोक्त लिखी बातें सही हैं। कृपया मुझे निःशुल्क दी जावे।

धन्यवाद!

दिनांक

प्रार्थी के हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी

आय का प्रमाण – पत्र

सरपंच/पार्षद,

कार्यालयीन प्रबन्धन/संसद सदस्य/विधान सभा सदस्य/राजपत्रित (गजेटेड) अधिकारी अथवा प्रतिष्ठित समाज सेवी द्वारा प्रमाणित होना चाहिए।

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री की मासिक आय रुपये हैं।

प्रमाणित करने वाले के हस्ताक्षर
(पद एवं सील सहित)

चिकित्सक का प्रमाण-पत्र

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कु.
.....पिता/पति.....
शारीरिक रूप से अपंग (दायां हाथ/बायां हाथ/दायां पैर/बायां पैर) मूक बधिर/आंशिक दृष्टिहीन हैं।

इनको कृत्रिम अंग/व्हील चेयर/श्रवण यंत्र/कैलिपर्स/लो-विजन-एड/श्वेत छड़ी/बैशाखी की आवश्यकता हैं।

चिकित्सक के हस्ताक्षर
में सील एवं रजिस्ट्रेशन
नम्बर सहित