

कल्याणकारी / दात कवळी / १० (२)

फोन नं.

श्री/श्रीमती _____
नंबर _____ रैक _____
नांव _____
मु. _____ पोष्ट _____
तालुका _____ जिल्हा _____

प्रति,

दिनांक / / २०

मा. जिल्हा सैनिक कल्याण अधिकारी
जिल्हा सैनिक कल्याण कार्यालय

विषय - वैद्यकीय आर्थिक मदत मिळणेबाबत (दातकवळी)

महोदय,

१. उपरोक्त विषयान्वये मी सविनय विनंती अर्ज करतो/करते की मी / माझे पती श्री. _____
माजी सैनिक असून त्यांचे निधन दि. _____ रोजी झाले. मला आपले कार्यालयाकडून ओळखपत्र क्र.
MAH- / _____ मिळाले आहे. त्यांना सैन्य सेवेची पेन्शन रु-----मिळते/मिळत नाही.

२. मला / माझ्या पत्नीला _____ वर्षांपासून दातांचा त्रास असल्याने डॉक्टरांच्या तपासणीनुसार दातकवळी खरेदी
केलेले आहे. सदर दातकवळीसाठी रुपये _____ इतका खर्च आला आहे. तरी सदर खर्चाची
वैद्यकीय आर्थिक मदत मिळावी ही विनंती.

३. सोबत खालीलप्रमाणे कागदपत्रे जोडली आहेत.

(अ) डी डी ४० फॉर्म

(ब) ओळखपत्राची छायांकित प्रत

(ड) दातकवळी खरेदी केलेले मुळ बिल (डॉक्टरच्या सही व शिक्का व रजिस्ट्रेशन नंबरसह)

(ई) डॉक्टरकडून दात तपासणीच्या कागदपत्राची मुळ प्रत (डॉक्टरचे प्रमाणपत्र)

(उ) राष्ट्रीयकृत बँक पासबुकच्या पहिल्या पानाची छायांकित प्रत

(ए) पिवळ्याकार्डची पाठपोट छायांकित प्रत

आपला / आपली विश्वासू

टिप : सर्व झेरॉक्स प्रती सत्यप्रत (True copy)

(_____)

(डी. डी. ४०)

कल्याणकारी निधीतून अनुदान मिळण्यासाठी

- आवेदन पत्र -

भाग - १

१) अर्जदार :- माजी सैनिक /माजी सैनिक विधवा पत्नी / अवलंबीत यांची माहिती :-

अर्जदाराचे संपुर्ण नांव : _____ वय - _____ वर्षे

सध्याचा पत्ता - मु. _____ पो. _____ तालुका _____ जिल्हा - _____

कायमचा पत्ता - मु. _____ पो. _____ तालुका _____ जिल्हा - _____

२) माजी सैनिकाची माहिती -

ओळखपत्र क्रमांक - MAH - _____ दिनांक _____

सैन्यातील नंबर - _____ रैंक - _____

नांव _____ अर्जदाराशी नाते - _____

सैन्यातील दल _____ भरतीची तारीख _____ सेवामुक्तीची तारीख _____

सेवेचा एकुण कालावधी _____ वर्ष _____ महीने. डिस्चार्ज पुस्तकात नोंदलेले चारीत्र्य _____

सध्याचा व्यवसाय / नोकरी - _____

माजी सैनिक मयत असल्यास मृत्युचा दिनांक _____

३) कुटुंबातील सदस्यांची माहिती -

नांव	वय	अर्जदाराशी नाते	व्यवसाय/नोकरीपासूनचे उत्पन्न	मुले शिकत असल्यास वर्ग / शाळा

४) अर्जदाराची वर्तमान आर्थिक स्थिती -

अ) नोकरीपासून उत्पन्न रु. _____ दरमहा ब) शेती व्यवसायापासून उत्पन्न रु. _____ दरमहा

क) निवृत्तीवेतन रु. _____ दरमहा ड) एकूण मासिक उत्पन्न रु. _____ दरमहा

भाग - २

५) केंद्र / राज्य / रेकार्ड ऑफीस / सैनिक कल्याण कार्यालयाकडून यापूर्वी मिळालेल्या आर्थिक मदतीची माहिती

अ.क्र.	दिनांक	कोणाकडून मिळाली	कोणत्या कारणासाठी मिळाली	रक्कम रुपये

अर्जदाराची सही

(2)

भाग - ३
अर्जदाराचे बँक खाते बद्दल माहिती

खाते नंबर - _____
बँक व शाखा - _____

प्रतिज्ञापत्र

मी प्रमाणित करतो / करते की, उपरोक्त माहिती माझ्या माहितीनुसार सत्य व बरोबर आहे. जर वरील माहिती खोटी अगर चुकीची आढळून आली तर मला देण्यात आलेली आर्थिक मदत जमीन महसूल नियमातील तरतुदी प्रमाणे जमीन महसूलची थकबाकी म्हणुन वसूल केली जाईल व माझे नांव काळ्या यादीत दाखल करण्यात येवून मी कोणत्याही मदतीस पात्र ठरणार नाही याची मला समज मिळाली असुन ती मला मान्य आहे.

दिनांक -

अर्जदाराची सही

भाग - ४

कल्याण संघटक यांचा चौकशी अहवाल

कल्याण संघटक

जिल्हा सैनिक कल्याण कार्यालय

भाग - ५

जिल्हा सैनिक कल्याण अधिकारी यांची मंजूरी / शिफारस

ठिकाण -

दिनांक -

जिल्हा सैनिक कल्याण अधिकारी

धनादेश मिळाल्याची पावती

मी, खाली सही करणार श्री /श्रीमती _____

राहणार _____

तालुका _____

जिल्हा _____

पावती लिहून देतो/देते की मला _____

करीता मंजूर करण्यात आलेली कल्याणकारी

निधीतील आर्थिक मदत रुपये _____

(रुपये _____)

जिल्हा सैनिक कल्याण कार्यालय, _____

यांचेकडील धनादेश क्र. _____

दिनांक _____

अन्वये प्राप्त झाली. तसेच मी असेही लिहून देतो/देते की, मी / मला केंव्हाही

करीता आर्थिक मदत घेतलेली/मिळालेली नाही.

सदर मदत यापूर्वी घेतली आहे असे निदर्शनास आल्यास वरील मदतीची रक्कम परत करण्याची हमी देत आहे.

सही _____

दिनांक _____

(सूचना - रुपये ५०००/- व त्यावरील रकमेस एक रुपयाचे पावती तिकिट लावून स्वाक्षरी करणे)

समोर

दिनांक - / /

कल्याण संघटक / लिपीक

प्रतिस्वाक्षरी

दिनांक - / /

जिल्हा सैनिक कल्याण अधिकारी

दातकवळी खरेदीचे मूळ बिल

डॉक्टरकडून दात तपासणीच्या कागदपत्रांची मूळ प्रत

लाभार्थीच्या राष्ट्रियकृत बँक पासबुकाच्या पहिल्या पानाची छायांकीत सत्यप्रत

आर्थिक मदतीच्या पिवळ्या कार्डाची छायांकीत प्रत (दोन्ही बाजू)