

कल्याणकारी/मतिमंद/अपंग पाल्य/१९(१)

फोन नं. ....

श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_  
नंबर \_\_\_\_\_ रैंक \_\_\_\_\_  
नांव \_\_\_\_\_  
मु. \_\_\_\_\_ पोष्ट \_\_\_\_\_  
तालुका \_\_\_\_\_ जिल्हा \_\_\_\_\_

प्रति,

दिनांक / /२०

मा. जिल्हा सैनिक कल्याण अधिकारी  
जिल्हा सैनिक कल्याण कार्यालय

विषय - माजी सैनिकांच्या मतिमंद / अपंग पाल्यास औषधोपचाराची  
आर्थिक मदत मिळणेबाबत

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. तसेच मला सैन्यसेवेची पेंशन मिळत आहे/नाही.

२. माझे पाल्य चि. / कुमारी \_\_\_\_\_ हा \_\_\_\_\_ अपंग  
असून त्याला वारंवार औषधोपचाराची गरज पडते. तरी माझ्या पाल्यासाठी होणाऱ्या सन २० \_\_\_\_ ते २० \_\_\_\_ या  
वित्तीय वर्षाची आर्थिक मदत मिळावी ही विनंती.

३. सोबत खालीलप्रमाणे कागदपत्रे जोडली आहेत.

- (अ) डी डी ४० फॉर्म
- (ब) ओळखपत्राची पाठपोट छायांकित प्रत
- (क) पाल्य ५० % अपंग असल्याबाबतचा जिल्हा शल्य चिकित्सकाचा दाखला
- (ड) डिस्चार्ज पुस्तकात पाल्याचे नांव असलेल्या पानाची छायांकित प्रत
- (इ) लाभार्थीच्या राष्ट्रीयकृत बँक पासबुकच्या पहिल्या पानाची छायांकित प्रत
- (ई) पिवळ्याकार्डची पाठपोट छायांकित प्रत

आपला /आपली विश्वासू

टिप : सर्व झेरॉक्स प्रती सत्यप्रत (True copy)

करून जोडणे

(\_\_\_\_\_)

(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 एकूण 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

**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 म्हणून वसूल केली जाईल व माझे नांव काळ्या यादीत दाखल करण्यात येवून मी कोणत्याही मदतीस पात्र ठरणार नाही याची मला समज मिळाली असून ती मला मान्य आहे.

दिनांक - \_\_\_\_\_ अर्जदाराची सही

**भाग - ४****कल्याण संघटक यांचा चौकशी अहवाल**

क्र.	नाम	पदा	विवरण	सं.	सं.

कल्याण संघटक

जिल्हा सैनिक कल्याण कार्यालय

**भाग - ५****जिल्हा सैनिक कल्याण अधिकारी यांची मंजूरी / शिफारस**

क्र.	नाम	पदा	विवरण	सं.	सं.

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

**PHOTO COPY OF IDENTITY CARD**

ओळखपत्राची पुढील बाजू

ओळखपत्राची मागील बाजू

सिद्धांतबाबा

पाल्य ५० % अपंग असल्याबाबतचा जिल्हा शल्य चिकित्सकाचा दाखला

डिसचार्ज पुस्तकात पाल्याचे नांव असलेल्या पानाची छायांकीत प्रत

लाभार्थीच्या राष्ट्रियकृत बँक पासबुकाच्या पहिल्या पानाची छायांकीत सत्यप्रत



आर्थिक मदतीच्या पिवळ्या कार्डाची छायांकीत प्रत (दोन्ही बाजू)