

# आवेदन प्रपत्र

निर्योग्य व्यक्तियों को राजस्थान वित्तीय सहायता नियम, 1986 के अन्तर्गत सहायता स्वीकृत करने के लिए

सेवामें,  
श्रीमान् जिला अधिकारी  
सामाजिक न्याय एवं अधिकारिता विभाग,  
नागौर

महोदय,

मैं निर्योग्य व्यक्तियों को राजस्थान वित्तीय सहायता नियम 1986 के अन्तर्गत .....  
..... क्रय के लिए .....रु. की वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करता हूँ।  
मैं निम्नलिखित विवरण प्रस्तुत कर रहा हूँ जिसके आधार पर मैं सहायता की स्वीकृति के लिए पात्र होता हूँ।

1. प्रार्थी का पूरा नाम : .....
2. पूरा पता : .....
3. जन्म तिथि एवं स्थान (जिला एवं राज्य) : .....
4. लिंग : .....
5. शैक्षणिक योग्यता स्तर : .....
6. विवाहित/अविवाहित : .....
7. पिता/संरक्षक का नाम व पता : .....
8. वर्तमान धन्धा (आवेदक क्या करता है) : .....
9. समस्त स्रोतों से मासिक आय : .....
10.
  1. प्रार्थी की मासिक आय : .....
  2. माता-पिता की मासिक आय : .....
  3. संरक्षक की मासिक आय : .....
  4. परिवार में अन्य सदस्य जैसे पुत्र आदि की मासिक आय : .....
11. अशक्ता का विवरण : .....
- (क) अन्धा (ख) बहरा (ग) विकलांग (घ) अशक्तता का वर्ष (ङ) अशक्तता का कारण
12. निवेदित वित्तीय विवरण  
(क)
  1. प्रारम्भिक उपकरण तथा कच्चे माल के क्रय के लिए : .....
  2. अभ्यानुकूल साईकिल/वाहन क्रय के लिए .....
  3. अन्य उपकरण आदि के लिए .....
  4. कृत्रिम अंग (जो लागू न हो उसे काट दिया जावे) .....  
(ख) कुल अनुमानित व्यय
13. पिछले तीन वर्षों से आवेदक ने केन्द्रीय तथा राज्य सरकार से किसी भी प्रकार की सहायता/उपकरण/मशीन/वाहन/कृत्रिम अंग या आर्थिक सहायता प्राप्त की है तो उसका पूर्ण विवरण अंकित करें।

आवेदक के हस्ताक्षर

नोट :- यदि अपंग 18 वर्ष से कम आयु का हो तो

माता-पिता/संरक्षक के हस्ताक्षर

नोट : - प्रमाणित किया जाता है कि प्रार्थी द्वारा दिया गया उपरोक्त विवरण मेरी जानकारी में सही है।

(नियम 7 (स) के अन्तर्गत निर्धारित अधिकारी के हस्ताक्षर सील सहित )

## स्वास्थ्य प्रमाण पत्र

निर्योग्य व्यक्तियों को राजस्थान वित्तीय सहायता नियम ,1986 के अधीन आवेदक के विवरण

1. श्री / श्रीमती / सुश्री ..... पुत्र / पुत्री / पत्नी .....
2. आयु .....
3. निवासी .....

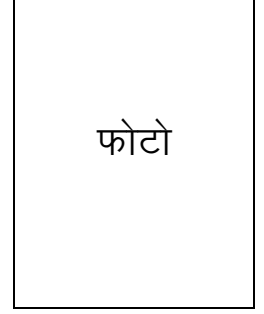
यह प्रमाणित किया जाता है कि आवेदक को जिसके विवरण ऊपर दिये गये है कि मेरे द्वारा जांच की गई थी तथा वह ..... से पीड़ित पाया गया था / गई थी तथा अपंगों को राजस्थान वित्तीय सहायता नियम 1986 के नियम 2 में दी गई परिभाषा के अर्थानुसार अपंग है। जिन कृत्रिम साधनों / कृत्रिम अंगों / श्रवण सहायता / अभ्यानुकूलित वाहन आवश्यकताओं के क्रय हेतु इस सहायता के लिए आवेदन किया गया है वे उसकी दैनिक चर्चा / अपना काम सफलतापूर्वक चलाने के लिए अनिवार्य है। अतः ..... उपकरण के लिए सिफारिश की जाती है।

अथवा

प्रमाणित किया जाता है कि आवेदक को जिसके विवरण उपर दिये गये है ,की मेरे द्वारा जांच की गई तथा यह पाया गया कि नियम 2 में दी गई परिभाषा के अर्थानुसार वह मानसिक रूप से विमन्दिता है एवं उसका बौद्धिक स्तर (आई.क्यू) ..... है एवं वह स्वयं का व्यवसाय करने में सक्षम है जिसके लिए रूपये ..... की वित्तीय सहायता स्वीकृत करने की सिफारिश की जाती है।

किसी संस्था में कार्यरत आंख / कान विशेषज्ञ  
विकलांग विशेषज्ञ / भौतिक चिकित्सा एवं  
नियम 8(अ) में उल्लेखित अन्य  
अधिकारियों के हस्ताक्षर

नोट :- स्वयं का चित्र (विकलांगता दर्शाता हुआ)  
राजपत्रित अधिकारी द्वारा सत्यापित किया जावे।



### जमानत बन्ध-पत्र (नियम 9)

मैं ..... पुत्र श्री ..... निवासी (पूरा पता)  
..... श्री ..... पुत्र श्री  
..... पूरा पता ..... के  
गाड़ी/मशीन/व्यवसाय ..... के लिए स्वीकृत राशि रूपये .....  
..... अक्षरे रूपये ..... की जमानत देता हूँ।

प्रथम जामिन के हस्ताक्षर मय पूरे पते के

मैं ..... पुत्र श्री ..... निवासी (पूरा  
पता) ..... श्री .....  
पुत्र श्री ..... पूरा पता .....  
..... के गाड़ी/मशीन/व्यवसाय ..... के लिए स्वीकृत  
राशि रूपये ..... अक्षरे रूपये..... की जमानत देता हूँ।

द्वितीय जामिन के हस्ताक्षर मय पूरे पते के

जिस प्रयोजन के लिए यह राशि स्वीकृत हुई है मेरा जामिन उसके लिए इसका उपयोग  
करेगा, यदि वह ऐसा करने में असफल होता है तो सरकार द्वारा तय किये अनुसार पूरी राशि  
या उसका भाग मुझसे वसूल कर सकती है/किया जावेगा।

1. जामिन के हस्ताक्षर

2. जामिन के हस्ताक्षर

राज्य सरकार के राजपत्रित अधिकारी द्वारा  
सत्यापित हस्ताक्षर तथा मोहर

निम्नलिखित कृत्रिम साधन/कृत्रिम अंग/श्रवण सहायता/अभ्यानुकूलित वाहन उपकरण तथा कच्चे माल निम्न हस्ताक्षरकर्ता के पुत्र/पुत्री/पत्नी के आर्थिक पुर्नसंस्थान के लिए/घरेलु उपकरण के लिए निम्न हस्ताक्षरकर्ता द्वारा मांगा गया है।

---

क्र.स.	वस्तु का नाम	अनुमानित मूल्य	उस फर्म संस्था का नाम जिससे इन्हें खरीदा जाना है कोटेशन तथा आवंटनों की प्रतियां संलग्न करें।
--------	--------------	----------------	--

---

- 1.
  - 2.
  - 3.
  - 4.
  - 5.
  - 6.
  - 7.
  - 8
- 

आवेदक/माता/पिता/संरक्षक के हस्ताक्षर

वस्तुओं का मूल्य अनुमोदन चिकित्सा अधिकारी की अभ्युक्तियों में मद संख्या .....  
..... से ..... तक की कीमतें उचित समझता हूँ तथा जिस व्यवसाय के लिए सहायता राशि की मांग की गई है उसे अभ्यर्थी उपयोग कर सकने में सक्षम है और अपनी आजीविका अर्जित कर सकेगा।

हस्ताक्षर मय पद (मोहर)