

વિકલાંગ ધારો(સમાન તકો, અધિકારોનું રક્ષણ અને પુર્ણ ભાગીદારી) ૧૯૯૫ અન્વયે ફરિયાદ

ફરિયાદીનું નામ : _____

સરનામું : _____

ફોન નં.: _____ ફેક્સ : _____

મોબાઇલ નંબર. _____

ઈ.મેઇલ આઈ.ડી. _____

ઉંમર વર્ષ : _____ જાતિ : _____ (પુરૂષ / સ્ત્રી)

વિકલાંગતાનો પ્રકાર અને ટકા : () પ્રકાર ટકા
() દ્રષ્ટિહીન/અલ્પદ્રષ્ટિ
() મૂક-બધિર
() અસ્થિ વિષયક વિકલાંગતા
() મંદબુદ્ધિતા
() અન્ય :

વ્યવસાય નોકરી/ધંધો

વ્યવસાયનું સ્થળ:

ફોન નં. : _____ ફેક્સ : _____

અન્ય વિગત:

ફરિયાદની વિગત :

વિકલાંગ વ્યક્તિઓના ધારાની
કલમનો ઉલ્લેખ :

અત્યાર સુધી કરેલા પ્રયત્નોની વિગત : ૧.

૨.

પ્રતિવાદીની વિગત :

(વિરુદ્ધ પક્ષના નામ અને
પુરા સરનામા)

સંબંધિત વિભાગ :

સંબંધિત અધિકારી :

સંબંધિત સત્તા : () સ્વાયત્ત સંસ્થા : _____
() સ્થાનિક સત્તામંડળ : _____
() કોર્પોરેશન/મંડળ/બોર્ડ વગેરે : _____
() રાજ્ય સરકાર : _____
() બિનસરકારી સંસ્થા : _____

એકરાર

હું એકરાર કરું છું કે આ વિષય સંબંધે મેં કે મારા પ્રતિનિધિએ અન્ય કોઈ અદાલતમાં
દાવો કે અરજી કરેલ નથી.

તારીખ :

ફરિયાદીની સહી

આ સાથે બિડેલ પ્રમાણપત્ર :

- (૧) વિકલાંગતાનું પ્રમાણપત્ર
- (૨) અન્ય પ્રયાસોના પુરાવા
- (૩) નોકરીદાતા તરફથી મળેલ પત્ર/સુચનાઓ
- (૪) અન્ય ૧. _____
૨. _____