

વિના મૂલ્યે

વિકલાંગોને કૃત્રિમ અવયવો બેસાડવા તથા અન્ય સહાય મેળવવા માટેનું અરજીપત્રક

અસ્થિ વિષયક/ દૃષ્ટિહીન/ શ્રવણમંદ
ફોર્મ સ્વીકારવાની છેલ્લી તારીખ :

પ્રતિ,
જિલ્લા સમાજ સુરક્ષા અધિકારી,

જિલ્લો

શ્રીમાન/શ્રીમતી,

હું અસ્થિવિષયક, દૃષ્ટિહીન તથા શ્રવણમંદની ખામી ધરાવતો કૃત્રિમ અવયવો
બેસાડવા તથા અન્ય સહાય મેળવવા નિયમો લેદગની વિગતે અરજી મોકલું છું.

૧. ૧.	(અ) અરજદારનું પુરેપુરું નામ : (અટક સાથે મોટા અક્ષરોમાં)	<input type="text"/>
	(બ) અનુસૂચિત જાતિ કે અનુસૂચિત જનજાતિ	<input type="text"/>
૨. ૨.	સરનામું (વિગતવાર)	<input type="text"/>
૩. ૩.	અરજદારની જન્મ તારીખ તથા ઉંમર વર્ષ	<input type="text"/>
૪. ૪.	જન્મ સ્થળ, ગામ, તાલુકો અને જિલ્લો પ. ગુજરાત રાજ્યના વતની છો કે કેમ?	<input type="text"/>
૫. ૬.	અભ્યાસ ક્યાં સુધી કરેલ છે? હાલમાં શું કરો છો? શાળા છોડયાના પ્રમાણપત્ર સાથે.	<input type="text"/>
૬. ૭	(અ) આ ખાતા મારફત અથવા બીજી કોઈ રીતે સાધન સહાય મળેલ છે કે કેમ?	<input type="text"/>
	(બ) જો હા, તો કેટલી કોના તરફથી, ક્યારે અને ક્યા હેતુ માટે	<input type="text"/>
૮.	વિકલાંગતા ક્યા પ્રકારની છે (દા.ત.) શ્રવણમંદ, અસ્થિવિષયક/દૃષ્ટિહીન હાથે કે પગે વિગેરે (સ્પષ્ટ દર્શાવવું)	<input type="text"/>
૯.	(અ) અરજદારની વાર્ષિક આવક/ આવકનું પ્રમાણપત્ર આ સાથેના નમૂના પ્રમાણે જોડવું. જો અરજદાર સગીર હોય તો પિતા કે વાલીએ સંયુક્ત આવકનું પ્રમાણપત્ર નમૂના મુજબ આપવાનું રહેશે.	<input type="text"/>

	(બ) કુટુંબની બધા સાધનોમાંથી મળી કુલ વાર્ષિક આવક	
(૧૦)	(અ) કૃત્રિમ અવયવ બેસાડવા મદદ માંગવામાં આવેલ હોય તો તેની વિગત તથા કેટલી રકમની જરૂર છે.	
	(બ) અન્ય હેતુ માટે સહાય માંગેલ હોય તો કેટલી રકમની જરૂર છે અને ક્યા હેતુ માટે	
૭. ૧૧.	અ.નં. ૧૦(અ) અથવા (બ) માટે માંગેલ સહાય રકમ ચુકવવામાં આવે તો જે ખુટતી રકમ ઉમેરવાની થાય તે સહિત એક માસમાં વાપરી શકાય તેવી બાંહેધરી આપો છો (હા કે ના જણાવો)	
૮. ૧૨.	અ.નં. ૧૦(બ) નીચે જે ધંધા માટે સહાય માંગેલ છે તે વ્યવસાય અંગેનું શિક્ષણ કે અનુભવ છે? હા તો તેના પ્રમાણપત્રની સાથે વિગત આપો.	
૯. ૧૩.	સાધન કે સગવડ લેવા માંગતા હોય તેનું પુરેપુરું વળતર ખર્ચ સહાયની રકમમાંથી ન મળી શકે તેમ હોય તો બાકીની ખુટતી રકમ જોડવા તૈયાર છો? હા કે ના જણાવો.	
૧૪. ૧૪.	આ જાતની સહાય માટે પ્રથમ વખત અરજી કરો છો કે કેમ? જો પહેલાં અરજી કરેલ હોય તો સહાય માંગેલ છે કે કેમ? ક્યા વર્ષમાં અને કેટલા રૂપિયા?	
૧૧. ૧૫.	અપંગોને કૃત્રિમ અવયવો બેસાડવા સહાય માટેના નિયમો મેં વાંચ્યા છે અને તે મને બંધનકર્તા છે.	

અસ્થિત વિષયક અંધ, બહેરા, મુંગાની ખામી ધરાવનાર માટેનું તબીબી પ્રમાણપત્ર આ પ્રમાણપત્ર પર જે તે રોગના નિષ્ણાત રજીસ્ટર્ડ સર્જનની સહી જોઈએ.

આથી હું પ્રમાણિત કરું છું કે, મેં અરજદારશ્રી/શ્રીમતી/કુમારી

ના રોજ તપસ્યા છે.

૧. અરજદારનું નામ :

૨. ઓળખ ચિન્હો :

૧. ૩. શરીરમાં જે અંગેની તથા જેની ખોડ હોય તેનો પ્રકાર પુરેપુરી માહિતી એટલે કે તે અંગે કેટલા પ્રમાણમાં કામ કરી શકે છે.

૨. ૪. જે માટે અરજદારે સહાય માંગેલ છે તે તેમના અભિપ્રાય પ્રમાણે અરજદારને ઉપયોગી થઈ પડશે કે નહીં તે જણાવવું.

૩. ૫. વિશેષ બતાવવા જેવી વિગત હોય તો

સ્થળ : નિષ્ણાત સર્જનની સહી

હોદ્દો :

તારીખ :	<input type="text"/>
સરનામું :	<input type="text"/>
મહોર/સિક્કો	

નોંધ :
(૧) સરકારી હોસ્પીટલના નિષ્ણાત સર્જનનું પ્રમાણપત્ર મેળવવું.
(૨) ચારિત્ર વિષયક માટે ઓથોરિટીક સર્જન
(૩) શ્રવણ મંદ માટે, કાન, નાક અને ગળાના સર્જન
(૪) દૃષ્ટિહિનતા માટે અંધ-આંખના સર્જન
(૫) માનસિકતા માટે મનોચિકિત્સક નોંધ : ઉપર બતાવેલી તમામ વિગતો વાંચી, સમજી ચોકસાઈપૂર્વક ભરેલ છે અને તે સત્ય છે. તપાસ કરતાં પાછળથી કોઈ વિગત ખોટી માલુમ પડશે તો આપેલ સહાયની રકમ તાત્કાલિક ભરપાઈ કરવા બંધાઉં છું.

તારીખ :	<input type="text"/>
અરજદારની સહી :	<input type="text"/>
અરજદાર સગીર હોય તો તેના પિતા કે વાલીએ પણ ખાત્રી બદલ સહી કરવી	<input type="text"/>

નોંધ :
ઉપરોક્તકોલમમાં માંગેલ માહિત અધુરી ભરેલ હશે, અરજદારે સહી કરેલ નહીં હોય, આવક દર્શાવતું પ્રમાણપત્ર તથા તબીબી પ્રમાણપત્ર માંગ્યા પ્રમાણે નહીં હોય તો ફોર્મ વિચારણામાં લેવામાં આવશે નહીં.
કોલમ નંબર ૭ બ ની માહિતી અવશ્ય જણાવવી.

આવક જાહેરાત

આથી હું પ્રતિજ્ઞાપૂર્વક જાહેર કરું છું કે, મારા/મારી સંયુક્ત કુટુંબની તમામ સાધનોમાંથી થતી

વાર્ષિક આવક રૂ. થાય છે અને ભવિષ્યમાં તપસ કરતાં વધારે આવક જણાય તો સહાયના નિમય-૯ મુજબની પેનલ્ટી ભરવા હું બંધાઉં છું.

તારીખ :

અરજદારની સહી

સ્થળ :

ખાત્રીનું પ્રમાણપત્ર

અરજદાર એ ઉપર દર્શાવેલ આવક મારી ખાત્રી પ્રમાણે બરાબર છે.

મામલતદાર, રાજ્ય પત્રિત અધિકારી

ધારાસભ્ય, લોકસભાના સભ્યશ્રીની સહી તથા લોદોને સિક્કો મારવો જરૂરી છે.