

# ઇન્દીરા ગાંધી નેશનલ ડીસએબીલીટી પેન્શન સ્કીમ (IGNDPS)

## અને સંતસુરદાસ યોજના

વિના મુલ્યે

તાજેતરનો  
પાસપોર્ટ  
સાઇઝનો  
ફોટોગ્રાફ

(ગુજરાત સરકાર સામાજિક ન્યાય અને અધિકારીકતા વિભાગના ઠરાવ ક્રમાંક: અપગ /૧૦૨૦૦૯/૨૧૬/ઇ.૧, તા:૩૧/૭/૨૦૦૯ થી જાહેર થયેલ યોજના સહાય મેળવવાનું ફોર્મ )

આ અરજીપત્રક તેના બિડાણો સાથે એક નકલમાં, જે જિલ્લાનું ઓળખકાર્ડ ધરાવતા હોય તે જિલ્લાના જિલ્લા સમાજ સુરક્ષા અધિકારીશ્રીને મોકલવાનું રહેશે. આ યોજના હેઠળ ૦ થી ૬૪ વર્ષ પુરા કે તેથી નીચે, ૧૮ વર્ષથી ૭૯ વર્ષ સુધીની વય ધરાવતા, ૮૦ ટકા કે તેથી વધુ વિકલાંગતા ધરાવતી વ્યક્તિ અને ભારત સરકાર ધ્વારા નક્કી કરેલ ધોરણો મુજબની ગરીબી રેખા નીચે જીવતા કુટુંબોની યાદીમાં નામ ધરાવકા હોય તેવા ગુજરાત રાજ્યમાં રહેતા વિકલાંગો અરજી કરવા પાત્ર છે.

પ્રતિ,

જિલ્લા સમાજ સુરક્ષા અધિકારીશ્રી,

જિલ્લો: .....

આથી હું ઇન્દીરા ગાંધી નેશનલ ડીસ એબીલીટી પેન્શન સ્કીમ (IGNDPS) અને સંતસુરદાસ યોજના અંતર્ગત વિકલાંગોને આર્થિક સહાય માટે અરજી કરું છું. તે સંબંધમાં નીચેની વિગતો આપુ છું. જે મારી જાણ મુજબ સંપૂર્ણ સાચી છે.

૧) પુરૂ નામ: ..... પિતા/પતિનું નામ: ..... અટક:.....

૨) પુરૂ ધર્મ/સ્ત્રી: ..... ધર્મ

૩) ક્ષાતિ: અનુસુચિત જાતિ/અનુસુચિત જનજાતિ/સામાજિક અને શૈક્ષણિક રીતે પછાત વર્ગ/અન્ય લાગું ન પડતું હોય ચેકી નાખવું. )

૪) ઉંમર વર્ષ: ..... જન્મ તારીખ: .....

૫) ઉળખનું ચિહ્ન:- .....

૬) વિકલાંગ આધારકાર્ડ નંબર: ..... વિકલાંગતાના ટકા:..... પ્રકાર: .....

૭) કાયમી સરનામું:- વોર્ડ નં: ..... શેરી/ધર નંબર/મહોલ્લો: .....

મુ: ..... પોસ્ટ: ..... તાલુકો: .....

જિલ્લો: ..... પીન કોડ નંબર: .....

૮) ગુજરાત રાજ્યમાં ..... વર્ષથી વસવાત કરું છું.

૯) ૧) બી.પી.એલ.યાદીમાં ક્રમાંક નંબર: .....

૨) અરજદારનું ઉંમર ગ્રુપ- (અ) ૦ થી ૧૭ વર્ષ સુધીના, (બ) ૧૮ થી ૭૯ વર્ષ સુધીના (જે હોય તે ટીક કરવી)

૧૦) કુટુંબની માહિતી (રેશનકાર્ડ મુજબ) રેશનકાર્ડની પ્રમાણિત નકલ સામેલ કરવી)

અ.ન.	નામ	ઉંમર (જન્મ તારીખ સાથે)	અરજદાર સાથે સંબંધ	અભ્યાસ

૧૧) એકાઉન્ટ નંબરની માહિતી : (પોસ્ટ ઓફીસ બચત ખાતું અથવા નેશનલાઇઝ બેંકમાં સેવિંગ્સ બેંક એકાઉન્ટ ખોલાવાનું રહેશે.)  
 બેંક/પોસ્ટ ઓફીસનું નામ: ..... શાખાનું નામ; .....  
 સેવિંગ્સ બેંક એકાઉન્ટ નંબર:..... IFSC કોડ નંબર:.....  
 બેંક/પોસ્ટ ઓફીસનું સરનામું : .....  
 રેશનકાર્ડ નંબર: ..... આધારકાર્ડ નંબર: .....  
 ડ્રાઇવીંગ લાયસન્સ નંબર: .....

સોગંદનામુ:-

આથી હું એકરાર કરું છું કે આ યોજના હેઠળ અગાઉ મેં કોઈ અરજી કરી નથી કે લાભ મેળવતો નથી. ઉપરોક્ત ફોર્મમાં દર્શાવેલ વિગતો મારી જાણ અને સમજ મુજબ સંપૂર્ણ સાચી દર્શાવેલ છે. ખોટી હકીકત રજૂ કરવી તે ફોજદારી ગુન્હો બને છે તેની અમોને પુરી જાણકારી છે.

સ્થળ:- ..... અરજદારની સહી.....

તારીખ: ..... અથવા અંગુઠાનું નિશાન.

અમારી રૂબરૂ સહી તથા અંગુઠાનું નિશાન કર્યું છે.

સાક્ષીઓ:-

અ.નં	નામ	સરનામુ	સહી

સુચનાઓ:-

અરજી સાથે બીડવાના દાખલા તથા આપવાની થતી માહિતી અંગે ખાસ સુચનાઓ.

૧) ઉંમરનો દાખલો:

અરજદારે પોતાની ઉંમર તથા તેની ચકાસણી માટે નીચે દર્શાવેલ પ્રમાણપત્રો પૈકી કોઈપણ એક દાખલાની પ્રમાણિત નકલ જોડવી .

અ) શાળા છોડ્યાનું પ્રમાણપત્ર.

બ) જન્મનો દાખલો (તલાટી/નગર પંચાયત રેકર્ડ ઉપરનો)

ક) વિકલાંગ ઓળખકાર્ડની ઝેરોક્ષ અથવા સિવિલ હોસ્પિટલ અથવા સામુહિક આરોગ્ય કેન્દ્ર તથા નગરપાલિકા સંચાલિત દવાખાના સુપ્રિન્ટેન્ડેન્ટનો દાખલો મેળવવો .

૨) વિકલાંગ ઓળખકાર્ડની ઝેરોક્ષ નકલ.