

વિનામુલ્યે
Free of Charge

ફોર્મ-૧ (અ)
સામાજિક ન્યાય અને અધિકારીતા વિભાગ
(સમાજ સુરક્ષા) ગુજરાત રાજ્ય

ઈન્દીરા ગાંધી રાષ્ટ્રીય વૃદ્ધ પેન્શન યોજના અને વયવંદના
અંતર્ગત રાષ્ટ્રીય વૃદ્ધ સહાય મેળવવા માટેનું અરજીપત્રક

તાજેતરનો
પાસપોર્ટ સાઈઝના
બેફોટોગ્રાફ
પેકી ચોટાડવો

(ગુજરાત સરકારના સામાજિક ન્યાય અને અધિકારીતા વિભાગના હયાલ ક્રમાંક:પરરા-૧૦૨૦૦૬-૧૯૮૩-છ, તા.૧-૧-૦૮થી જાહેર થયેલ યોજના અંતર્ગત સહાય મેળવવાનું ફોર્મ)

સુચના -

- રાષ્ટ્રીય સામાજિક સહાય કાર્યક્રમ હેઠળની ઈન્દીરાગાંધી રાષ્ટ્રીય વૃદ્ધ પેન્શન યોજના/ વય વંદના યોજના અંતર્ગત-ગરીબી રેખા હેઠળ નોંધાયેલ (બી.પી.એલ.) લાભાર્થી જેમની ઉંમર ૬૦ વર્ષથી વધુ હોય તેવા સ્ત્રી / પુરુષ આ યોજના અંતર્ગત સહાય મેળવવા નીચેના ફોર્મમાં અરજી કરી શકશે.
- આ અરજીના નામંજુરીના આદેશ સામે ૬૦ દિવસમાં પ્રાંત અધિકારીશ્રીને અપીલ કરી શકાશે.

પ્રતિ,

મામલતદારશ્રી,
મામલતદારશ્રીની કચેરી,
.....

આથી હું સરકારશ્રીની ઈન્દીરાગાંધી રાષ્ટ્રીય વૃદ્ધ સહાય યોજના અને વયવંદના યોજના હેઠળ સહાય મેળવવા માટે અરજી કરૂ છુ. તે સંબંધમાં મારી નીચેની વિગતો આપુ છુ. જે મારી જાણ મુજબ સંપૂર્ણ સાચી છે.

- પૂરૂનામ પિતા/પતિનું નામ અટક
- સ્ત્રી / પુરુષ ધર્મ
- જ્ઞાતિ (અનુ. જાતિ / અનુ. જનજાતિ / સા.શૈ. પછાત / અન્ય પછાત)
- ઉંમર વર્ષ જન્મ તારીખ ઓળખનું નિશાન
- રહેઠાણનું સરનામું - ગામ -
- પોસ્ટઓફિસ, તાલુકો..... જિલ્લો..... પીન. નં.

--	--	--	--	--	--
- ગુજરાત રાજ્યમાં વર્ષથી કાયમી વસવાટ કરૂ છુ.
- રાજ્ય સરકારની નિરાધાર વૃદ્ધ સહાય યોજના હેઠળ લાભ મળે છે કે કેમ ? જો હા તો એકાઉન્ટ નંબર.....

એકરાર

આથી હુ એકરાર કરૂ છુ કે આ યોજના હેઠળ અગાઉ મે 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 પુર્ણ જાણકારી છે.

સ્થળ:.....

તારીખ:...../...../.....

અરજદારની સહી

અથવા અંગૂઠાનું નિશાન

ગરીબી રેખા હેઠળ નોંધાયેલ (બી.પી.એલ.) લાભાર્થી હોવા અંગેનો દાખલો

(ગ્રામીણ ક્ષેત્રના લાભાર્થીઓ માટે કેન્દ્ર સરકારના ગ્રામીણ વિકાસ મંત્રાલયની માર્ગદર્શક સુચનાનુસાર રાજ્ય સરકાર દ્વારા સામાજિક અને આર્થિક સર્વેક્ષણના આધારે તૈયાર કરવામાં આવેલ ગરીબી રેખા નીચેની યાદીમાં સમાવિષ્ટ થતા લાભાર્થીઓ)
(શહેરી વિસ્તારના લાભાર્થીઓ માટે કેન્દ્ર સરકારના અર્બન હાઉસિંગ એન્ડ પોવર્ટી એલીવીએશન મંત્રાલય દ્વારા તૈયાર કરેલ યાદી)

આથી પ્રમાણિત કરવામાં આવે છે કે “ઇન્દિરાગાંધી રાષ્ટ્રીય વૃદ્ધ પેન્શન યોજના” અંતર્ગત સહાય મેળવવા અરજી કરનાર અરજદારશ્રી / શ્રીમતી (પિતા / પતિનું નામ) અટક રહે..... તા..... જિ..... ના વતની છે અને છેલ્લા વર્ષથી ગુજરાતમાં વસવાટ કરે છે. તેઓ ગરીબી રેખા હેઠળ જે યાદી હાલમાં પ્રવર્તમાન છે તે યાદીમાં ક્રમ નંબર ઉપર નોંધાયેલ બી.પી.એલ. કુટુંબમાં સમાવિષ્ટ લાભાર્થી છે. (ગ્રામ્ય વિસ્તાર માટે) સ્કોર નંબર..... છે.

તારીખ
સ્થળ

સહી-.....
પ્રમાણપત્ર આપતા સક્ષમ અધિકારીનું નામ
અને હોદ્દો સ્પષ્ટ જણાવવા
(.....)

- નોંધ - ૧. ઉપરોક્ત પ્રમાણપત્ર ગ્રામ્ય વિસ્તાર માટે તલાટી-કમ-મંત્રી, નગરપાલિકા વિસ્તાર માટે ચીફ ઓફિસર અને શહેરી વિસ્તાર માટે યુ.સી.ડી. પ્રોજેક્ટ કચેરીના સક્ષમ અધિકારી આપી શકશે
૨. અરજદાર અરજી સાથે બી.પી.એલ.યાદીમાં હોવા અંગેનું પ્રમાણ પત્ર રજુ કરે તો ઉપરોક્ત પ્રમાણપત્ર રજુ કરવાનું રહેશે નહીં

સહાય મંજૂર કરનાર કચેરીના ઉપયોગ માટે
અરજી ઇનવર્ડ નંબર/ તારીખ -
નોંધણી કલાર્કની સહી -

સહાય મંજૂર કરનાર અધિકારીની નોંધ
અરજી તપાસ પૂર્ણ થઈ મળ્યાની તારીખ -
અરજી નિકાલની તારીખ -
મંજૂર / નામંજૂર
સહાય શરૂ કરવાનો સમય -

અરજદારની અરજીપત્રકમાં દર્શાવેલ હકીકત જોતા ગુજરાતમાં વસવાટ, ઉંમર, બી.પી.એલ. લાભાર્થી હોવા અંગેની ચકાસણી કરતા અરજદારને સમાજ સુરક્ષા ખાતાની ઇન્દિરાગાંધી રાષ્ટ્રીય વૃદ્ધ પેન્શન યોજના માટેની અરજી માટે થી મંજૂર કરવામાં આવે છે / આવતી નથી. અરજી નામંજૂર કરવાનું કારણ -

સ્થળ:-
તારીખ:-

(.....)
સહાય મંજૂર કરનાર અધિકારીનું નામ અને સહી તથા સિક્કો

અરજીસાથે બીડવાના થતા દાખલા અને આપવાની થતી માહિતી અંગેની ખાસ સુચનાઓ -

(અ) અરજદારે પોતાની ઉંમરના પુરાવા માટે નીચે દર્શાવેલ પ્રમાણપત્રો પૈકી કોઈપણ એક દાખલો રજુ કરવો.

(૧) શાળાનું પ્રમાણપત્ર (૨) જન્મનો દાખલો (૩) સરકારી હોસ્પિટલના સિવિલ સર્જન અથવા મેડિકલ કોલેજ સંલગ્ન મેડિકલ સુપ્રિટેન્ડેન્ટ અથવા પ્રાથમિક/સામુહિક આરોગ્ય કેન્દ્રના મેડિકલ ઓફિસર અથવા નગરપાલિકા/મહાનગરપાલિકા સંચાલિત હેલ્થ સેન્ટરના તબીબી અધિકારીશ્રી દ્વારા આપેલ ઉંમરનો દાખલો

(બ) અરજદારે પોતાના રહેઠાણ સબંધી નીચે દર્શાવેલ પૈકી કોઈપણ એક પુરાવો રજુ કરવાનો રહેશે.

ચૂંટણી ઓળખકાર્ડની નકલ / રેશનકાર્ડની સરનામાવાળી ઝેરોફા નકલ/વેરા પાવતીની નકલ અથવા ભાડા પાવતી