

बिहार सरकार
समाज कल्याण विभाग

आवेदन क्रम संख्या:

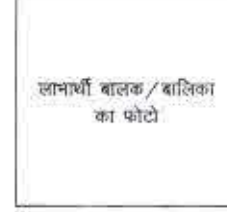
परवरिश योजना का लाभ प्राप्त करने हेतु आवेदन-पत्र

1. परवरिश योजना के लाभ प्राप्त करने की श्रेणी

- i. अनाथ एवं बेसहारा बच्चे अथवा अनाथ बच्चे जो अपने निकटतम संबंधी अथवा नाते रिश्तेदार के साथ रह रहे हैं
- ii. स्वयं HIV+ / एड्स / कुष्ठ रोग से पीड़ित बच्चे
- iii. HIV+ / एड्स / कुष्ठ रोग से पीड़ित माता / पिता के बच्चे



आवेदक का फोटो



लाभार्थी बालक / बालिका का फोटो

2. आवेदक का नाम :
3. पिता/पति का नाम :
4. आयु :
5. निवास स्थान का पूरा पता :

मकान संख्या:

गांव/मुहल्ला:

वार्ड संख्या:

पंचायत/नगर निकाय:

प्रखण्ड:

जिला:

6. कोटि: (अनुरूपित जाति/जनजाति/पिछड़ा वर्ग/अति पिछड़ा वर्ग/महादलित/सामान्य) (उपयुक्त में ✓ निशान लगाये।)

7. धर्म:

8. बी.पी.एल. सूची क्रमांक: प्राप्तांक: वर्ष:

यदि बी.पी.एल. सूची में नाम दर्ज न हो तो वार्षिक आय (समस्त स्रोतों से):

(सक्षम प्राधिकार द्वारा निर्गत आय प्रमाण पत्र संलग्न करें)

9. अनाथ एवं बेसहारा बच्चे की स्थिति में क्या सक्षम न्यायालय ने आदेश निर्गत किया है? (यदि हां तो आदेश/प्रमाण-पत्र की प्रति संलग्न करें):

10. लाभार्थी से आवेदक का संबंध:

11. लाभार्थी बच्चे का विवरण:

नाम	लिंग		जन्म तिथि							आवेदन तिथि को बच्चे की आयु		शिक्षा	अन्य	
	स्त्री	पु०	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	वर्ष			माह

12. लाभार्थी बच्चे के माता-पिता का पूर्ण विवरण

(अनाथ एवं बेसहारा बच्चे की स्थिति में)

क्रम	माता/पिता का नाम	पूरा पता	मृत्यु की तिथि
1.			
2.			

(लाभार्थी बच्चे अथवा उसके माता/पिता के HIV+ / एड्स / कुष्ठ रोग से पीड़ित होने की स्थिति में)

माता/पिता/बच्चे का नाम	लिंग		बीमारी का नाम (HIV+ / एड्स / कुष्ठ रोग)	पूरा पता
	स्त्री	पु०		

13. क्या आवेदक का पूर्व से राष्ट्रीयकृत बैंक में लाभार्थी के साथ संयुक्त बचत खाता है? यदि हां, तो

बैंक का नाम:

शाखा:

खाता संख्या:

बैंक का पूरा पता:

14. घोषणा-

मैं एतद् द्वारा शपथ पूर्वक घोषणा करता/करती हूँ कि आवेदन पत्र में अंकित विवरण एवं संलग्न किये गये सभी दस्तावेज के तथ्य/सूचनार्थ सही व सत्य हैं। मैंने परवरिश योजना के नियम पूर्णतः पढ़/सुन/जान लिए हैं। मैं योजना के अनुसार आवेदन में उल्लेखित बच्चों को अपने परिवार में रखकर अपने स्वयं के परिवार के सदस्य के रूप में भोजन, वस्त्र, आवास, शिक्षा, पोगण, स्वास्थ्य व अन्य सुविधाएँ उपलब्ध कराने के लिए स्वयं को आबद्ध करता/करती हूँ। मेरे द्वारा तथ्य असत्य/अपूर्ण/भ्रमक पाए जाने अथवा योजना के नियमों को पालन नहीं कर पाने पर सरकार अथवा सक्षम प्राधिकार द्वारा दिए गए आदेश/निर्णय का मेरे द्वारा पूर्णतः अनुपालन किया जायेगा/की जायेगी।

हस्ताक्षर

स्थान:

दिनांक:

(आवेदक का नाम)

संलग्न किये जाने वाले दस्तावेज

क. आवेदक का सक्षम प्राधिकार के द्वारा निर्गत आय प्रमाण पत्र (यदि बी.पी.एल. सूची में नाम न हो)।
ख. अनाथ बच्चे की स्थिति में माता एवं पिता का सक्षम प्राधिकार द्वारा निर्गत मृत्यु प्रमाण-पत्र।
ग. पाँच वर्ष से अधिक आयु के लाभार्थी की स्थिति में बच्चे का विद्यालय द्वारा जारी अध्ययनरत् प्रमाण-पत्र।
घ. लाभूक बच्चे का जन्म प्रमाण-पत्र।
ङ. HIV+/एड्स पीड़ित लाभूक बच्चे एवं HIV+/एड्स पीड़ित माता/पिता की संतान की स्थिति में बिहार एड्स कंट्रोल सोसाइटी/ए.आर.टी सेंटर द्वारा जारी ए.आर.टी. डायरी/ग्रीन डायरी की प्रति।
च. कुष्ठ रोग से पीड़ित बच्चे की स्थिति में पीड़ित को सक्षम चिकित्सा बोर्ड द्वारा जारी किया गया चिकित्सा प्रमाण-पत्र।
छ. कुष्ठ रोग के कारण 40 प्रतिशत या उससे ज्यादा शारीरिक विकलांगता से पीड़ित माता-पिता की संतान की स्थिति में पीड़ित को सक्षम चिकित्सा बोर्ड द्वारा जारी किया गया विकलांगता प्रमाण-पत्र।
ज. यदि पूर्व से बैंक खाता धारक है, तो बैंक पास बुक की छाया-प्रति।
झ. अनाथ एवं बेसहारा बच्चे की स्थिति में सक्षम न्यायालय द्वारा जारी आदेश/प्रमाण-पत्र की छाया प्रति।

..... आंगनबाड़ी सेविका द्वारा भरा जाने वाला जांच-पत्र.....

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/..... पिता/पति श्री

निवासी.....

मेरे आंगनबाड़ी केन्द्र संख्या..... परियोजना.....

जिला..... के पोषक क्षेत्र के निवासी हैं। इनके द्वारा उपरोक्त सभी कॉलम में उपलब्ध कराई गई सूचनार्थ

सही हैं। इनके द्वारा परवरिश योजना के लिए योग्य निम्नांकित बच्चे को अपने परिवार में रखकर स्वयं के परिवार के

सदस्य के रूप में पालन-पोषण, शिक्षा आदि की सुविधाएँ उपलब्ध कराई जा रही हैं-

क्रम	लाभार्थी बच्चे का नाम	पिता/माता का नाम	लिंग	जन्मतिथि	आवेदक के पास कब से रह रहा है

दिनांक:

(हस्ताक्षर)

आंगनबाड़ी सेविका का पूरा नाम

केन्द्र का पता एवं मुहर:

..... बाल विकास परियोजना पदाधिकारी की अनुशंसा.....

सेवा में

प्रखण्ड विकास पदाधिकारी,

.....।
मैंने आवेदन में अंकित विवरण की जाँच अपने पर्यवेक्षण में संबंधित पोषक क्षेत्र की ऑगनवाड़ी सेविका के द्वारा की गई है। परवरिश योजनान्तर्गत अनुदान स्वीकृति की अनुशंसा की जाती है। इन्हें राष्ट्रीकृत बैंक में संयुक्त बचत खाता खोलकर अनुदान भुगतान किया जाना सुविधाजनक होगा।

स्थान:

बाल विकास परियोजना पदाधिकारी का हस्ताक्षर

परियोजना का नाम:

..... प्रखण्ड विकास पदाधिकारी की अनुशंसा.....

सेवा में

अनुमण्डल पदाधिकारी,

.....।
आवेदक द्वारा उपलब्ध कराए गए सूचनाएँ/तथ्य जाँचोपरांत सत्य पाये गये हैं। तदनुसार परवरिश योजनान्तर्गत अनुदान स्वीकृति की अनुशंसा की जाती है। इन्हें राष्ट्रीकृत बैंक में संयुक्त बचत खाता खोलकर अनुदान भुगतान किया जाना सुविधाजनक होगा।

स्थान:

प्रखण्ड विकास पदाधिकारी का हस्ताक्षर

प्रखण्ड का नाम:

.....परवरिश योजना के अनुदान नवीकरण हेतु आदेश-पत्र

1. परवरिश योजना के अधीन निम्नांकित लाभार्थियों को दिनांक:..... के प्रभाव से यथा तालिका के कॉलम 10 में वर्णित मासिक अनुदान के नवीकरण की स्वीकृति दी जाती है।
2. परवरिश योजनान्तर्गत निम्नांकित लाभार्थियों को मासिक अनुदान को नवीकृत किये जाने हेतु कॉलम 2 में अंकित लाभार्थी के नाम से कॉलम 7 में अंकित अनुदान लेखा संख्या एवं वर्ष के अनुसार अनुदान कार्यक्रम को नवीकृत करने की कार्रवाई की जाय।
3. खाता अभिभावक के माध्यम से संचालित किया जायेगा।
4. कॉलम 7 में अंकित लाभार्थी की आयु के अनुसार ही अनुदान राशि उसके खाते में हस्तांतरित की जायेगी (0-6 वर्ष उम्र समूह रु. 900 प्रति माह एवं 6-18 वर्ष उम्र समूह रु. 1000 प्रति माह)।
5. लाभार्थी को वर्तमान स्वीकृति मात्र 12 माह के लिए है। अनुदान नवीकरण की सूचना नवीकरण आदेश-पत्र के माध्यम से प्रदान की जायेगी।

क्र	लाभुक का नाम	पिता-माता/ अभिभावक का नाम	पूर्ण पता	कोटि	बी.पी. एल. क्रमांक	अनुदान लेखा संख्या एवं वर्ष	विद्यालय/ केन्द्र का नाम जहां लाभार्थी नामांकित हो	अनुदान राशि (रु.)	अभियुक्ति
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								900/ 1000	
								900/ 1000	
								900/ 1000	

स्थान:

अनुमण्डल पदाधिकारी का हस्ताक्षर

अनुमण्डल का नाम:

प्रतिलिपि: शाखा प्रबंधक,..... बैंक, /अध्यक्ष, राज्य बाल संरक्षण समिति, विहार, पटना/ जिला पदाधिकारी/जिला बाल संरक्षण इकाई/संबंधित प्रखण्ड विकास पदाधिकारी/संबंधित बाल विकास पदाधिकारी एवं उपरोक्त अंकित लाभार्थियों को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्याध प्रेषित।

अनुमण्डल पदाधिकारी का हस्ताक्षर

अनुमण्डल का नाम:

परवरिश योजना के अनुदान हेतु स्वीकृति आदेश-पत्र

- परवरिश योजना के अधीन निम्नांकित लाभार्थियों को दिनांक:..... के प्रभाव से यथा तालिका के कॉलम 10 में वर्णित मासिक अनुदान की स्वीकृति दी जाती है।
- परवरिश योजनान्तर्गत निम्नांकित लाभार्थियों को मासिक अनुदान से जोड़े जाने हेतु कॉलम 2 में अंकित लाभार्थी एवं कॉलम 3 में अंकित अभिभावक के नाम से संयुक्त बचत खाता खोलने की कार्रवाई की जाय।
- खाता अभिभावक के माध्यम से संचालित किया जायेगा।
- कॉलम 7 में अंकित लाभार्थी की आयु के अनुसार ही अनुदान राशि उसके खाते में हस्तांतरित की जायेगी (0-6 वर्ष उम्र समूह रू. 900 प्रति माह एवं 6-18 वर्ष उम्र समूह रू. 1000 प्रति माह)।
- लाभार्थी की वर्तमान स्वीकृति मात्र 12 माह के लिए है। अनुदान नवीकरण की सूचना नवीकरण आदेश-पत्र के माध्यम से प्रदान की जायेगी।

क्र.	लाभुक का नाम	पिता-माता/ अभिभावक का नाम	ग्राम/ मोहल्ला	पंचायत, प्रखण्ड/ वार्ड, नगर	बी.पी.एल. क्रमांक	अनुदान स्वीकृति की तिथि को उम्र	अनुदान लेखा संख्या एवं वर्ष	भुगतान प्रारंभ का माह एवं वर्ष	अनुदान राशि (रू.)	डॉकघर/ बैंक जहां से भुगतान होगा
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
									900/ 1000	
									900/ 1000	
									900/ 1000	

स्थान:

अनुमण्डल पदाधिकारी का हस्ताक्षर

अनुमण्डल का नाम:

प्रतिलिपि: शाखा प्रबंधक,..... बैंक, /अध्यक्ष, राज्य बाल संरक्षण समिति, बिहार, पटना/ जिला पदाधिकारी/जिला बाल संरक्षण इकाई/संबंधित प्रखण्ड विकास पदाधिकारी/संबंधित बाल विकास पदाधिकारी एवं उपरोक्त अंकित लाभार्थियों को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यार्थ प्रेषित।

अनुमण्डल पदाधिकारी का हस्ताक्षर

अनुमण्डल का नाम: