

# संजय गांधी निराधार योजना

# SGY FORM 3

अर्थ - साहाय्यासाठी करावयाचा अर्जाचा, अर्जतपासणीचा व मंजूरीचा नमुना

प्रती: तहसीलदार, तालुका

जिल्हा:वर्धा

१.अर्जदाराचे  
संपूर्ण नाव

आडनाव	नाव	वडील / पतीचे नाव

२.संपूर्ण पत्ता

घर नं.	वार्डाचे नाव	मोहल्ला
रस्ता	गाव	पोस्ट

३. जन्मतारीख

दिनांक	महिना	वर्ष

४. वय:

आधार क्रमांक

५. महाराष्ट्रातील अधिवास

वर्षे

६.कुटुंबातील व्यक्तींची संख्या

७. कुटुंबाचे सर्व मार्गांनी मिळणारे एकूण वार्षिक

रुपये

८. जातीचा प्रवर्ग: (पोटजात सुद्धा नमूद करावी):

जातीचे व पोट-जातीचे नाव

खुला	अनु.जाती	अनु.जमाती	विमुक्त जाती	भटक्या जाती	वि.मा.प्र	इ.मा.व.
OPEN	SC	ST	VJ	NT	SBC	OBC

(लागू असेल त्या रकान्यात टिक-मार्क करावे )

७. निराधाराचा प्रवर्ग

अ. अपंग

अंध	अस्थिव्यंग	मुकबधीर	कर्णबधीर	मतीमंद
BLIND	PH	DD	DUMB	

(लागू असेल त्या रकान्यात टिक-मार्क करावे )

७.ब.आजार

(# टीप: दुर्धर आजार सार्वजनिक आरोग्य विभागाने निश्चित केलेले असावे.)

क्षय-रोग	पक्ष-घात	प्रमस्तीषकघात	कर्क-रोग	एड्स (HIV +)	कुष्ठरोग	सिकलसेल	दुर्धर-आजार #

(लागू असेल त्या रकान्यात टिक-मार्क करावे )

## ७.क.महिलांचे प्रवर्ग

अ.क्र	प्रवर्ग		अ.क्र	प्रवर्ग	
I	निराधार महिला		II	घटस्फोट प्रक्रियेतील महिला	
III	घटस्फोटीत परंतु पोटगी न् मिळणारी		IV	घटस्फोटीत परंतु पोटगीची रक्कम	
V	अत्याचारित महिला		VI	वेश्या-व्यवसायातून मुक्त केलेली	
VII	घटस्फोटीत परंतु पोटगी वार्षिक रु.२१०००/ पेक्षा कमी				

(लागू असेल त्या रकान्या टिक-मार्क करावे )

## ७.ड आत्महत्या केलेल्या शेतकऱ्यांचे कुटूंब

(कुटुंबाचे वार्षिक उत्पन्न रु. २१०००/ चे आत असल्यास)

(लागू असेल त्या रकान्या टिक-मार्क करावे )

७.इ अनाथ मुले:

(I) मुलगा

(II) मुलगी

७.ई तृतीयपंथी

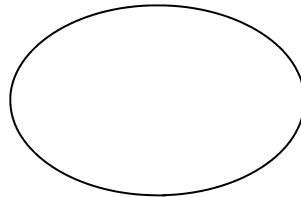
८. मी असे जाहीर करतो / करते कि, मी वर दिलेली माहिती सत्य व बिनचूक असून, मी शासनाच्या अन्य कोणत्याही योजनेखाली नियमित मासिक लाभ घेत नाही. सदरची माहिती चुकीची आढल्यास माझ्या विरुद्ध फौजदारी कार्यवाहीसह इतर कारवाई करण्यास मी पात्र असल्याची मला जाणीव आहे.

अर्जदारांचा उजव्या किंवा

डाव्या अंगठ्याचा ठसा

स्थळ : \_\_\_\_\_

दिनांक. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



अर्जदाराची सही

१० . माझ्या समक्ष श्री./श्रीमती.

हयांनी

सही व अंगठ्याचा ठसा दिलेला आहे.

साक्षदाराची सही दिनांकासह :



साक्षदाराचा नाव पत्ता :

आडनाव	नाव	वडील / पतीचे नाव

घर न्.	वार्डाचे नाव	मोहल्ला
रस्ता	गाव	मोबाईल / फोन नंबर

११. मी आवश्यक त्या चौकशीनंतर प्रमाणित करतो कि , वरील माहिती बरोबर आहे / वरील माहिती चुकीची असल्याने प्रस्तुत योजनेचा लाभ मिळावा यासाठी या अर्जाची शिफारस करित आहे / करित नाही.

तपासणी करणाऱ्यांचे नाव व मोबाईल न्.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

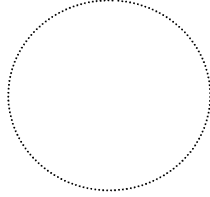
--

तपासणी करणाऱ्यांची सही व शिक्का

--

१२.असे प्रमाणित करण्यात येते कि , मी प्रस्तुत अर्जाची छाननी केली आहे व अर्जामध्ये सादर केलेल्या माहितीची पडताळणी करून घेतली आहे. मी, संजय गांधी निराधार अनुदान योजने अंतर्गत लाभ मंजूर करण्यासाठी या अर्जाची शिफारस संजय गांधी निराधार अनुदान योजना समिती कडे करित आहे / नाही.

स्थळ:



दिनांक:

तहसीलदारांची सही व शिक्का

१३.समितीचे अभिप्राय : अ) मान्य

--

ब) अमान्य

--

संजय गांधी निराधार अनुदान योजना समितीच्या सदस्यांची स्वाक्षरी

१) अध्यक्ष

५) सदस्य

२) सदस्य

६) सदस्य

३) सदस्य

७) शासकीय सदस्य

४) सदस्य

८) शासकीय सदस्य

आदेश क्रमांक.

दिनांक:

संगायो विभाग, तहसील कार्यालय , तालुका:

जिल्हा. वर्धा

श्री./ श्रीमती

आडनाव	नाव	वडील / पतीचे नाव

२.संपूर्ण पत्ता

घर न्.	वार्डाचे नाव	मोहल्ला
रस्ता	गाव	पोस्ट

यांना राज्य पुरस्कृत विशेष सहाय्य योजनेंतर्गत संजय गांधी निराधार योजनेमध्ये लाभार्थी म्हणून

दिनांक \_\_\_\_\_ रोजी झालेल्या समितीच्या बैठकीत पात्र ठरल्यामुळे दर महा रु. \_\_\_\_\_

(अक्षरी रुपये. \_\_\_\_\_ दिनांक: \_\_\_\_\_

पासून मंजूर करण्यात येत आहेत.

त्यांचा जिल्हा मध्यवर्ती सहकारी बँकेतील / राष्ट्रीयकृत बँकेतील/ पोस्ट बचत खात्यातील बचत खाते क्रमांक पुढील प्रमाणे आहे

बँकेचे नाव :

ब्रांच :

बचत खाते क्र.

दिनांक:

( स्वाक्षरी)

नायब तहसीलदार / तहसीलदार

प्रतिलिपी:

१. अर्जदार लाभार्थी

३. जिल्हाधिकारी

२. उप-विभागीय अधिकारी

४. सरपंच / नागराध्याक्ष

(अत्याचारित महिलांसाठी जिल्हा शल्य चिकित्सक यांनी द्यावयाचे प्रमाणपत्र )

कुमारी श्रीमती

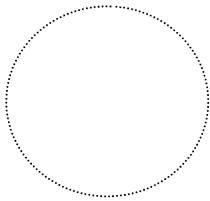
आडनाव	नाव	वडील / पतीचे नाव

घर न्.	वार्डाचे नाव	मोहल्ला
रस्ता	गाव	पोस्ट

हिच्यावर झालेल्या अत्याचारामुळे निर्माण झालेल्या शारीरिक जखमांची मी वैद्यकीय तपासणी केली आहे. सदर स्त्रीस तिच्यावर झालेल्या अत्याचारामुळे अपंगत्व आले आहे / कुरूपता आली आहे . त्यामुळे तिच्यामध्ये उदार निर्वाह करण्या साठी उत्पन्न मिळवण्याची क्षमता राहिलेली नाही, असे मी वैद्यकीय तपासणी अंती प्रमाणित करीत आहे.

दिनांक:

(संबंधित अधिकाऱ्यांचे नाव, स्वाक्षरी व शिक्का )



जिल्हा शल्य चिकित्सक

जिल्हा: \_\_\_\_\_

( अत्याचारित महिलांसाठी पोलीस उपनिरीक्षक / निरीक्षक यांनी द्यावयाचे प्रमाणपत्र )

कुमारी श्रीमती

आडनाव	नाव	वडील / पतीचे नाव

घर न्.	वार्डाचे नाव	मोहल्ला
रस्ता	गाव	पोस्ट

या स्त्रीवर दिनांक \_\_\_\_\_ रोजी बलात्कार झाल्याचा

गुन्हा क्र. \_\_\_\_\_ दाखल झाला आहे .

या अत्याचारामुळे सदर स्त्रीचे मनोधैर्य खचले आहे असे प्रमाणित करित आहे.

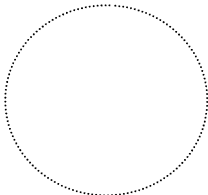
दिनांक:

(संबंधित अधिकाऱ्यांचे नाव, स्वाक्षरी व शिक्का )

पोलीस उप-निरीक्षक / निरीक्षक

पोलीस ठाणे \_\_\_\_\_

जिल्हा:



( वेश्या व्यवसायातून मुक्त केलेल्या स्त्रीबाबत द्यावयाचे प्रमाणपत्र )

असे प्रमाणित करण्यात येते कि , कुमारी / श्रीमती :

आडनाव	नाव	वडील / पतीचे नाव

घर न्.	वार्डाचे नाव	मोहल्ला
रस्ता	गाव	पोस्ट

या स्त्रीला दिनांक \_\_\_\_\_ रोजी वेश्या व्यवसाया मधून मुक्त करण्यात आले आहे.

सदर महिलेस शासनाच्या अन्य योजनेखाली नियमित मासिक आर्थिक लाभ देण्यात येत नाही .

तसेच तिच्या पुनर्वसनासाठी तिला शासनाच्या महिला सुधार गृहात ठेवण्यात आलेले नाही.

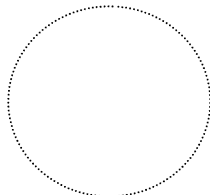
दिनांक:

( नाव व स्वाक्षरी व शिक्का )

तालुका :

महिला व बालविकास अधिकारी

जिल्हा :



असे प्रमाणित करण्यात येते कि , श्रीमती :

आडनाव	नाव	वडील / पतीचे नाव

घर न्.	वार्डाचे नाव	मोहल्ला
रस्ता	गाव	पोस्ट

हिचा विवाह श्री. \_\_\_\_\_ रा. \_\_\_\_\_

ता. \_\_\_\_\_ जि. \_\_\_\_\_ यांचेशी \_\_\_\_\_ साली

झाला होता.

अ) परंतु त्यांचे कौटुंबिक संबध सलोख्याचे न् राहिल्याने त्या दोघांनी घटस्फोटासाठी न्यायालया मध्ये दावा दाखल केलेला आहे. न्यायालयाने दिनांक \_\_\_\_\_ च्या आदेशान्वये घटस्फोट मंजूर केला आहे.

ब) घटस्फोटाचा दावा न्यायालयात प्रलंबित आहे.

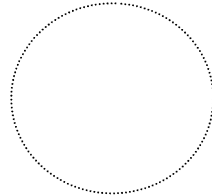
न्यायालयाच्या आदेशाची प्रत सोबत जोडली आहे.

( नाव व दिनांकासः स्वाक्षरी व शिक्का )

ग्रामसेवक, ग्रा.प.

( नाव व दिनांकासः स्वाक्षरी व शिक्का )

तलाठी , साझा:



( नाव व दिनांकासः स्वाक्षरी व शिक्का )

तहसीलदार

जिल्हा :

तालुका :



( अनाथ मुलीबाबतचे / मुलाबाबतचे प्रमाणपत्र )

असे प्रमाणित करण्यात येते कि , कुमार / कुमारी :

आडनाव	नाव	वडील / पतीचे नाव

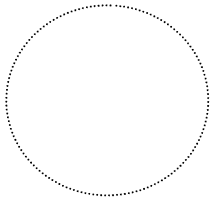
घर न्.	वार्डाचे नाव	मोहल्ला
रस्ता	गाव	पोस्ट

याचे / चे आई वडील \_\_\_\_\_ सालात मृत झाले असल्या मुळे तो / ती अनाथ झाली असून त्याला / तिला उपजीविके साठी उत्पन्नाचे कोणतेही साधन नाही .

( नाव व दिनांकास: स्वाक्षरी व शिक्का )

ग्रामसेवक, / नगरपालिकेचे मुख्य अधिकारी  
तालुका :

साक्षांकित केले



( नाव व दिनांकास: स्वाक्षरी व शिक्का )

गट-विकास अधिकारी / प्रकल्प अधिकारी , एकात्मिक बालविकास सेवा योजना

( संजय गांधी निराधार अनुदान योजनेतील लाभार्थ्यांना श्रावणबाळ योजनेत वर्ग करणे )

असे प्रमाणित करण्यात येते कि , श्री / श्रीमती :

आडनाव	नाव	वडील / पतीचे नाव

घर न्.	वार्डाचे नाव	मोहल्ला
रस्ता	गाव	पोस्ट

ता. \_\_\_\_\_ जि. \_\_\_\_\_ यांची जन्मतारीख \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

असून हे / ह्या संजय गांधी निराधार योजनेत लाभ घेत आहेत . त्यांचे वय

दिनांक \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ रोजी ६५ वर्ष पूर्ण झाल्यामुळे आणि त्यांचे नाव दारिद्र्यरेषेखालील यादीत अनुक्रमांक \_\_\_\_\_ वर नाव असल्यामुळे त्यांना श्रावणबाळ सेवा राज्य निवृत्ती वेतन , इंदिरा गांधी राष्ट्रीय वृद्धापकाळ निवृत्तीवेतन योजनेत वर्ग करण्यात येत आहे.

ठिकाण: \_\_\_\_\_

दिनांक: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

( नाव व दिनांकास: स्वाक्षरी)

तालुका :

तहसीलदार / उपविभागीय अधिकारी