

डा0 श्यामा प्रसाद मुखर्जी दुर्घटना सहायता योजना
जिला समाज कल्याण अधिकारी,

विषय:- "डा0 श्यामा प्रसाद मुखर्जी दुर्घटना सहायता योजना" के अन्तर्गत दावा राशि हेतु आवेदन पत्र।

श्रीमान जी,

निम्न विवरण के आधार पर कृपया दावा राशि दिलवाने का कष्ट करें:-
परिभाषा अनुसार मृतक अथवा पूर्णतः दिव्यांगता व्यक्ति का विवरण

1. (क) मृतक/दिव्यांग व्यक्ति का नाम
(ख) दुर्घटना की तिथि को आयु
(आयु का प्रमाण पत्र साथ लगायें)
2. पिता/पति का नाम
3. श्रेणी (सामान्य/अनुसूचित जाति)
4. स्थाई पता
5. दुर्घटना की तिथि
6. दुर्घटना का प्रकार
7. क्या मृतक/दिव्यांग व्यक्ति हरियाणा का स्थाई निवासी है/था ?
(क) स्थाई निवासी प्रमाण पत्र व हरियाणा में रहने का प्रमाण सलंग्न करें
(ख) मृतक/दिव्यांग व्यक्ति की आधार संख्या
(आधार कार्ड की प्रति भी साथ लगायें)
8. एफ0आई0आर0/डी0डी0आर0 रिपोर्ट की प्रति साथ लगायें
9. पोस्टमार्टम रिपोर्ट की प्रति साथ लगायें।
10. सक्षम अधिकारी द्वारा जारी मृत्यु प्रमाण पत्र साथ लगायें।
11. स्थाई दिव्यांगता की स्थिति में सक्षम प्राधिकारी द्वारा जारी चिकित्सा प्रमाण पत्र साथ लगायें।

फोटो

दावेदार का विवरण

1. दावेदार का नाम
2. दावेदार के पिता/पति का नाम
3. दावेदार का स्थाई पता (प्रमाण साथ लगायें)
4. दुर्घटना में मृतक व्यक्ति के साथ संबंध
5. दावेदार की आयु
6. मृतक के केस में दावेदार की आधार संख्या
(आधार कार्ड की प्रति भी साथ लगायें)
7. मृतक/दिव्यांग व्यक्ति द्वारा प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना के तहत दुर्घटना की तिथि से पूर्व पंजीकरण करवाया गया है या नहीं, बारे विवरण

अन्य विवरण यदि कोई हो

दावेदार के हस्ताक्षर/निशान अंगूठा

शपथ

मैं, श्री/श्रीमति -----पुत्र/पुत्री/पत्नी -----

निवासी ----- सत्यनिष्ठापूर्वक घोषणा करता/करती हूँ कि ऊपर दिया गया विवरण मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार ठीक एवं सत्य है। मेरे द्वारा (मृत्यु के केस में मृतक द्वारा) 12/-- रु0 की राशि का प्रीमियम बैंक में जमा करवाकर प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना के तहत दुर्घटना की तिथि से पूर्व पंजीकरण नहीं करवाया गया है। यदि मेरे द्वारा गलत तथ्य बताकर या छुपाकर

लाभ लिया जाता है तो मेरे द्वारा प्राप्त की गई राशि को 12 प्रतिशत ब्याज सहित सरकार को वसूली करने का अधिकार होगा और मैं कानूनी कार्यवाही का भी पात्र हूंगा/हूंगी।

तिथि

दावेदार के हस्ताक्षर/निशान अंगूठा

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमति-----पुत्र/पत्नी
श्री-----की दुर्घटना में दिनांक-----को मृत्यु/स्थायी दिव्यांगता हुई है। वह
गांव/वार्ड नं०-----का स्थायी निवासी था/थी/है तथा दुर्घटना की तिथि को उसकी
आयु-----वर्ष-----मास थी। दावे का हक उपरोक्त दावेदार का बनता है।

तिथि

सरपंच/वार्ड पार्षद के हस्ताक्षर
(नाम व मोहर सहित) हस्ताक्षर

कार्यालय प्रयोग हेतु

योजना की अधिसूचना के प्रावधानों अनुसार दावेदार का केस इस योजना के तहत कवर
होता है-----व मृतक का दावेदार/दिव्यांग व्यक्ति का दावा सही है या कवर नहीं होता
है-----क्योंकि (विस्तृत विवरण दें)-----

तिथि

संबंधित कर्मचारी/अन्वेषक/अनुभाग अधिकारी के हस्ताक्षर
(नाम/पद सहित)

दावेदार का केस स्वीकृत/अस्वीकृत किया जाता है (अस्वीकृति के केस में विवरण दें)

तिथि

जिला समाज कल्याण अधिकारी
(नाम व मोहर सहित)

आवश्यक सूचना

1. दिव्यांगता के केस में दावेदार स्वयं दुर्घटनाग्रस्त व्यक्ति ही होगा।
2. मृतक के केस में दावेदारों का क्रम इस प्रकार से है:-
(क) मृतक की पत्नी/पति (यदि पुनः शादी नहीं की गई)
(ख) सभी अविवाहित बच्चों बराबर के हकदार होंगे।
(ग) माता
(घ) पिता

उपरोक्त दावेदारों के अतिरिक्त किसी अन्य व्यक्ति को लाभ नहीं दिया जायेगा।

योजना की मुख्य शर्तें

1. योजना 01.04.2017 से लागू है।
2. मृतक/दिव्यांग व्यक्ति की आयु 18 से 70 वर्ष के मध्य होनी चाहिए।
3. हरियाणा राज्य का स्थायी निवासी एवं हरियाणा में रह रहा हो
4. मृत्यु/दिव्यांगता दुर्घटना में हुई हो
5. मृतक/दिव्यांग व्यक्ति द्वारा दुर्घटना की तिथि से पूर्व 12/- ₹0 की राशि का प्रीमियम बैंक में जमा करवाकर प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना के तहत पंजीकरण नहीं करवाया गया है।
6. इस योजना के तहत 1.00 लाख ₹0 की सहायता राशि दी जायेगी।