

“मुख्यमंत्री कृषक जीवन कल्याण योजना के अंतर्गत”

परिशिष्ट—एक में (प्रारूप—अ)

योजना की कंडिका 2 (1 से 9 ) के अनुसार दुर्घटना में मृत्यु होने पर सहायता प्राप्त करने के लिये आवेदन पत्र का प्रारूप। आवेदन मृत्यु होने के 30 दिन के भीतर प्रस्तुत करने पर मान्य होगा।

प्रति,

कलेक्टर,  
जिला.....  
(म.प्र.)

स्वयं के हस्ताक्षर  
से प्रमाणित पासपोर्ट  
साईज स्वयं का  
फोटो

निवेदन है कि,

मैं ..... (आवेदक का नाम) आत्मज ..... आयु.....  
ग्राम ..... थाना ..... तहसील ..... जिला .....  
का निवासी हूँ।

(1) दिनांक ..... स्थान ..... ग्राम ..... तहसील .....  
जिला ..... श्री ..... उक्त स्थान के कृषक है, का कृषि कार्य  
(1 से 9) करते दुर्घटना के कारण दिनांक ..... को निधन हो गया है। शासकीय  
चिकित्सक/चिकित्सालय का प्रमाण पत्र संलग्न है।

(2) यह भी निवेदन है कि निधन होने वाले व्यक्ति के लिये किसी अन्य शासकीय संस्था  
से सहायता प्राप्त नहीं की गई है।

(3) मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि मैं आवेदक ..... निधन हुए व्यक्ति  
का ..... संबंधी ..... हूँ। (संबंध का नाम व विवरण)

अतः अनुरोध है कि सहायता राशि स्वीकृत करने का कष्ट करें।

(4) मैं (आवेदक) यह घोषित करता हूँ कि उपरोक्त दावे के संबंध में अथवा प्राप्त राशि के  
दावे के संबंध में यह पाया जाये ऐसा दावा या घोषणा असत्य तथ्यों अथवा असत्य जानकारी  
अथवा असत्य प्रमाण पत्र के आधार पर प्राप्त की गई हो तो कलेक्टर को अधिकार होगा कि  
वह प्राप्त सहायता राशि को ब्याज सहित एक मुश्त वसूल कर लें एवं असत्य जानकारी के  
लिये कानूनी कार्यवाही करें।

हस्ताक्षर.....  
आवेदक का नाम.....  
पता :-.....  
दिनांक:-.....

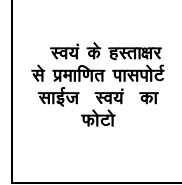
**“मुख्यमंत्री कृषक जीवन कल्याण योजना के अंतर्गत”**

**परिशिष्ट-एक में (प्रारूप-ब)**

योजना की कंडिका 2 (1 से 9 ) के अनुसार दुर्घटना में अंग भंग होने पर सहायता प्राप्त करने के लिये आवेदन पत्र का प्रारूप। आवेदन मृत्यु होने के 30 दिन के भीतर प्रस्तुत करने पर मान्य होगा।

प्रति,

कलेक्टर,  
जिला.....  
(म.प्र.)



निवेदन है कि,

मैं.....(आवेदक का नाम) आत्मज .....आयु.....  
ग्राम .....थाना.....तहसील.....जिला.....का  
कृषक हूँ। खसरा क्रमांक..... है।

आवेदक दिनांक .....को स्थान .....ग्राम.....  
तहसील.....जिला.....कृषि कार्य (1 से 9) करते हुए दुर्घटना में निम्नानुसार  
अपंगता (अंग भंग) हुआ है। जिसका शासकीय चिकित्सक द्वारा दिया गया प्रमाण आवेदन  
पत्र के साथ संलग्न है।

क्रमांक	शारीरिक अंग का नाम	अंग भंग का विवरण	स्थायी /अस्थायी अपंगता	विवरण
1.	2.	3.	4.	5.

(1) मैं (आवेदक) उपरोक्त अपंगता के कारण अब अपना कार्य करने में असमर्थ हूँ अथवा कार्य करने की क्षमता पर नकारात्मक प्रभाव पड़ा है।

(2) मैं (आवेदक) यह प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त अंग भंग मुझे अपने कृषि कार्य ..... करते समय दुर्घटना के कारण प्राप्त हुई।

अतः अनुरोध है कि सहायता राशि स्वीकृत करने का कष्ट करें।

(3) मैं (आवेदक) यह घोषित करता हूँ कि उपरोक्त दावे के संबंध में अथवा प्राप्त राशि के दावे के संबंध में यह पाया जाये ऐसा दावा या घोषणा असत्य तथ्यों अथवा असत्य जानकारी अथवा असत्य प्रमाण पत्र के आधार पर प्राप्त की गई हो तो कलेक्टर को अधिकार होगा कि वह प्राप्त सहायता राशि को ब्याज सहित एक मुश्त वसूल कर लें एवं असत्य जानकारी के लिये कानूनी कार्यवाही करें।

हस्ताक्षर.....  
आवेदक का नाम.....  
पता :-  
ग्राम.....  
तहसील.....  
जिला.....  
दिनांक:-.....

“मुख्यमंत्री कृषक जीवन कल्याण योजना के अंतर्गत”

परिशिष्ट-एक में (प्रारूप-स)

योजना की कंडिका 2 (1 से 9 ) के अनुसार दुर्घटना में मृत्यु होने पर अंत्येष्टी अनुदान प्राप्त करने के लिये आवेदन पत्र का प्रारूप।

प्रति,

कलेक्टर,  
जिला.....  
(म.प्र.)

निवेदन है कि,

मैं.....(आवेदक का नाम) आत्मज .....आयु.....  
ग्राम .....थाना.....तहसील.....जिला.....मण्डी  
क्षेत्र .....का निवासी हूँ।

दिनांक .....स्थान .....ग्राम.....तहसील.....  
जिला.....श्री .....जो .....उक्त स्थान के  
कृषक है, का कृषि कार्य करते हुए दुर्घटना के कारण निधन हो गया है।

अतः अनुरोध है कि अंत्येष्टी के लिये अनुदान स्वीकृत करने का कष्ट करें।

मैं (आवेदक) यह घोषित करता हूँ कि उपरोक्त दावे के संबंध में अथवा प्राप्त राशि के दावे के संबंध में यह पाया जाये ऐसा दावा या घोषणा असत्य तथ्यों अथवा असत्य जानकारी अथवा असत्य प्रमाण पत्र के आधार पर प्राप्त की गई हो तो कलेक्टर को अधिकार होगा कि वह प्राप्त सहायता राशि को ब्याज सहित एक मुश्त वसूल कर लें एवं असत्य जानकारी के लिये कानूनी कार्यवाही करें।

नोट-सहायता देने के पूर्व प्रतिष्ठित/गणमान्य व्यक्ति द्वारा प्रमाणिकरण किया जायेगा।

हस्ताक्षर.....  
आवेदक का नाम.....  
पता :-  
ग्राम.....  
तहसील.....  
जिला.....  
दिनांक:-.....