

ತಹಸೀಲ್ದಾರರು,

ತಾಲೂಕು ಇವರಿಗೆ

ಮಾನ್ಯರೇ,

ವಿಷಯ: **ಅಂಗವಿಕಲರಿಗಾಗಿ ಪೋಷಣಾ ಭತ್ಯೆ ವಿನಂತಿ ಅರ್ಜಿ**

ಉಲ್ಲೇಖ: ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ನಂ.ಎಸ್.ಡಬ್ಲ್ಯೂ.ಎಲ್. 146ಪಿ,ಎಚ್.77,  
ದಿನಾಂಕ 7ನೇ ನವೆಂಬರ್ 1977

ಮೇಲಿನ ಆಜ್ಞೆಯಂತೆ ನನಗೆ ಅಂಗವಿಕಲರ ಬಗೆಗೆ ಇರುವ ರೂಪಾಯಿ 50-00 ಮಾಸಿಕ ಪೋಷಣಾ ಭತ್ಯೆ ಮಂಜೂರು ಮಾಡಬೇಕಾಗಿ ಸವಿನಯ ವಿನಂತಿ.

ನನ್ನ ವಿವರಗಳು ಈ ಕೆಳಗಿನಂತೆ ಇವೆ:

1.(ಅ) ಅರ್ಜಿದಾರನ / ಳ ಹೆಸರು (ಆ) ತಂದೆಯ / ಗಂಡನ ಹೆಸರು (ಇ) ಅಡ್ಡ ಹೆಸರು (ಇದ್ದರೆ)	
2. ಗಂಡು ಅಥವಾ ಹೆಣ್ಣು	ಗಂಡು / ಹೆಣ್ಣು
3. ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ವಯಸ್ಸು	
4. ವಯಸ್ಸಿನ ರುಜುವಾತಿಗಾಗಿ ಲಗತ್ತಿಸಿದ ದಾಖಲೆ: (1)	
5. ಅಂಚೆ ವಿಳಾಸ: (ಅ)ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ವಿಳಾಸ ಊರು ತಾಲೂಕು ಜಿಲ್ಲೆ  (ಆ)ಶಾಶ್ವತ ವಿಳಾಸ ಊರು ತಾಲೂಕು ಜಿಲ್ಲೆ	
6. ಯಾವ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ವಾಸವಾಗಿ ರುವುದು (3)	
7. ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ವಿವರಣೆ	
8. ಅಂಗವಿಕಲತೆಯನ್ನು ರುಜುವಾತು ಪಡಿಸಲು ಲಗತ್ತಿಸಿದ ದಸ್ತಾವೇಜು (2)	

9. ಕುಟುಂಬದ ವಿವರ

ನಂಬ್ರ	ಹೆಸರು	ಬಂಧುತ್ವ ವಯಸ್ಸು	ಅವಿವಾಹಿತ/ತೆ ವಿವಾಹಿತ/ತೆ	ಉದ್ಯೋಗ	ವಾರ್ಷಿಕ ವರಮಾನ	ಅರ್ಜಿದಾರನ ಇರುವವರು	ಸಂಗಡ
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

10. ಒಟ್ಟು ಕುಟುಂಬದ ಆದಾಯ : (3)

11. ಅರ್ಜಿದಾರನ / ಳ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ

12. ಅರ್ಜಿದಾರನ/ಳಉದ್ಯೋಗ ಮತ್ತು ಆದಾಯ(3)

13. ಗುರುತು ಚಿಹ್ನೆ (1) (2)	
14. ಯಾವ ಖಜಾನೆಯಲ್ಲಿ ಈ ಪೋಷಣಾ ಭತ್ಯೆ ಪಡೆಯಲು ಇಚ್ಛಿಸುವಿರಿ:	
15. ದೃಷ್ಟೀಕೃತರುಜುವನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಲಾಗಿದೆಯಾ? (4)	

ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ವಿವರಗಳು ನನ್ನ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ನಂಬಿಕೆಗೆ ಸತ್ಯವಾಗಿದೆ.

ಸ್ಥಳ:

ಅರ್ಜಿದಾರನ/ಳ ರುಜು ಇಲ್ಲವೆ

ದಿನಾಂಕ:

ಎಡಗೈ ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರ್ತು

- (1) ಜನ್ಮ ರಿಜಿಸ್ಟರಿನ ಉತಾರ ಶಾಲೆ ಬಿಟ್ಟು ಬಗ್ಗೆ ಇರುವ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಇಲ್ಲವೆ ಆಸಿಸ್ಟೆಂಟ್ ಸರ್ಜನರಿಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಇರದ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳಿಂದ ಪಡೆದ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸ ತಕ್ಕದ್ದು.
- (2) ದೃಷ್ಟಿ ವೈದ್ಯ (Ophthalmologist), ಕಿವಿ, ಮೂಗು ಹಾಗೂ ಗಂಟಲು ತಜ್ಞ (E.N.T. Specialist) ಮೂಳೆ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಕ (Orthopaedic Surgeon) ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಮುಖ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ಇವರಿಂದ ಪಡೆದ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಲಗತ್ತಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
- (3) ತಾವು ವಾಸವಾಗಿದ್ದ ತಾಲೂಕಿನ ಹಕಶೀಲ್ದಾರರಿಂದ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರಗಳನ್ನು ಪಡೆದು ಲಗತ್ತಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
  - (ಅ) ಅರ್ಜಿದಾರನಿಗೆ ಸ್ವಂತ ಆದಾಯವಿಲ್ಲ
  - (ಆ) ಅರ್ಜಿದಾರನು ವೃತ್ತಿ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಪಡೆದಾಗಲಿ ಕೃತ್ರಿಮ ಸಾಧನೆ ಇಲ್ಲವೆ ತಾಂತ್ರಿಕ ಸಾಧನೆಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿಯೂ ಗಳಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ.
  - (ಇ) ಅರ್ಜಿದಾರನ ಕುಟುಂಬದ ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ ರೂ. 3,600 ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಇದೆ.
  - (ಈ) ಅರ್ಜಿದಾರನು 5 ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ವಾಸವಾಗಿದ್ದಾನೆ.
- (4) ಗೆಜೆಟ್ ಅಧಿಕಾರಿಯಿಂದ ದೃಷ್ಟೀಕರಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಮಾದರಿ ರುಜುವನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
- (5) ಮೂಳೆ ತೊಂದರೆ ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಇದ್ದಲ್ಲಿ ಪೋಟೋದಲ್ಲಿ ಆ ಭಾಗ ಕಾಣುವಂತೆ ಇರತಕ್ಕದ್ದು.
- (6) ಅರ್ಜಿಯು ದ್ವಿಪ್ರತಿಯಲ್ಲಿರತಕ್ಕದ್ದು.
- (7) ಈ ಭತ್ಯೆ ಎಲ್ಲಾ ವಯೋಮಿತಿಯುಳ್ಳ ಅಂಗವಿಕಲರಿಗೆ ಹಾಗೂ ಮನೋದೌರ್ಬಲ್ಯವುಳ್ಳವರಿಗೆ ಸಿಗುತ್ತದೆ.

ಸೂಚನೆ:

ಈ ಅರ್ಜಿಗೆ ಸ್ಟಾಂಪ್ ಹಚ್ಚಬೇಕಾಗಿಲ್ಲ.

**MEDICAL CERTIFICATE**

CERTIFIED THAT I, Dr. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

has examined this day (date) \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_  
Shri./Smt : \_\_\_\_\_  
Son/Wife/Daughter of  
Shri. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

and I find that he / she is suffering from  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (nature of disease)

and in my opinion he / she is permanently and totally incapacitated to earn his / her living to serve in  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_  
(Name: \_\_\_\_\_)  
Of The Applicant

Place: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

SIGNATURE: \_\_\_\_\_  
(Name: \_\_\_\_\_)  
Of The Medical Officer  
DESIGNATION: \_\_\_\_\_  
(REG.No: \_\_\_\_\_ )

OFFICE SEAL

---

(To be - forwarded to the Treasury)  
**SPECIMEN SIGNATURE OF:**

Sri/Srimathi

-----  
-----

1. -----  
[Specimen Signature]

2. -----  
[Specimen Signature]

3. -----  
[Specimen Signature]

Station: -----  
Date: ----- }  
}

OFFICE  
SEAL

*Signed before me*  
*Attested*

*Signature*

OFFICE SEAL

(Name ----- )  
AND  
Designation -----  
of the Gazetted Officer