

ହରିଶ୍ଚନ୍ଦ୍ର ସହାୟତା ଯୋଜନା ଆବେଦନ ପତ୍ର

(ପଞ୍ଚାୟତ / ପୌରାଞ୍ଚଳ / ମହାନଗର ନିଗମର ମଞ୍ଜୁର ଅଧିକାରୀଙ୍କ ନିମନ୍ତେ)

କ) ମୃତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ବିବରଣୀ :-

୧. ମୃତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ନାମ : _____
୨. ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଠିକଣା :- ଗ୍ରାମ _____ ଓଡ଼ିଶା _____
ଯୋଗ୍ୟ ଅଫିସ _____ ପଞ୍ଚାୟତ / ପୌରାଞ୍ଚଳ / କଟକ ମହାନଗର ନିଗମ _____
ବ୍ଲକ୍ / ସହର _____ ଥାନା _____ ଜିଲ୍ଲା _____
୩. ମୃତ୍ୟୁ ତାରିଖ _____ ସ୍ଥାନ _____

ଖ) ମୃତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ପରିବାରର ବାର୍ଷିକ ଆୟ (ଆନୁମାନିକ) :- _____ ଟଙ୍କା

(କୌଣସି ପ୍ରମାଣପତ୍ର କିମ୍ବା ତଦନ୍ତର ଆବଶ୍ୟକତା ନାହିଁ)

ଗ) ସହାୟତା ରାଶି ମଞ୍ଜୁର :-

ମୋ ବିଚାରରେ ଉପରୋକ୍ତ ମୃତ ବ୍ୟକ୍ତି ଗରିବଙ୍କ ପରିବାର ଅଟନ୍ତି, ତେଣୁ ମୃତକଙ୍କ ଶବ୍ଦ ସକ୍ୱାର ପାଇଁ “ହରିଶ୍ଚନ୍ଦ୍ର ସହାୟତା ଯୋଜନା”ରେ _____ ଟଙ୍କା ମଞ୍ଜୁର କରାଯାଇ ପ୍ରଦାନ କରାଗଲା ।

ମେୟର / ଆୟୁକ୍ତ କଟକ ମହାନଗର ନିଗମ

ଘ) ପ୍ରାପ୍ତି ସ୍ୱୀକାର :-

୧. ଉପରୋକ୍ତ ମୃତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଶବ୍ଦ ସକ୍ୱାର ପାଇଁ ଅଦ୍ୟ ତା _____ ରିଖରେ “ହରିଶ୍ଚନ୍ଦ୍ର ସହାୟତା ଯୋଜନା”ରୁ _____ ଟଙ୍କା ପାଇ ପ୍ରାପ୍ତି ସ୍ୱୀକାର କଲି ।

ଅର୍ଥ ଗ୍ରହଣକାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର

୨. ପ୍ରାପ୍ତି ସ୍ୱୀକାର କରିଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ନାମ :- _____
୩. ମୃତ୍ୟୁବରଣ କରିଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ :- _____
ଠିକଣା - _____

ଙ) ସାକ୍ଷ୍ୟ:-

ଆମ ଉପସ୍ଥିତିରେ ଅଦ୍ୟ ତା _____ ରିଖରେ _____ ଟଙ୍କା ସହାୟତା ପ୍ରଦାନ କରାଗଲା ।

୧. ନାମ _____ ସ୍ୱାକ୍ଷର _____
୨. ନାମ _____ ସ୍ୱାକ୍ଷର _____

ଅଫିସ ବ୍ୟବହାର ନିମନ୍ତେ
_____ ଟଙ୍କାର ବ୍ୟୟ ମଞ୍ଜୁର କରାଗଲା ।

ମଞ୍ଜୁର ଅଧିକାରୀ
କଟକ ମହାନଗର ନିଗମ

ଜାତୀୟ ପରିବାର ମଙ୍ଗଳ ଯୋଜନା ମାଧ୍ୟମରେ ସହାୟତା ଦାବୀ ନିମନ୍ତେ ଦରଖାସ୍ତ ଫର୍ମ

ମୁଁ/ଆମେ ନିମ୍ନ ସ୍ୱାକ୍ଷରକାରୀ ସ୍ୱାଭାବିକ/ଦୁର୍ଦ୍ଦଶା ଜନିତ ମୃତ୍ୟୁବରଣ କରିଥିବା ଶ୍ରୀ/ଶ୍ରୀମତୀ

ଗ୍ରାମ/ସହର..... ଜିଲ୍ଲା.....କ

ଆଶ୍ରିତ ଅଟୁ । ଏଣୁ ଜାତୀୟ ପରିବାର ମଙ୍ଗଳ ଯୋଜନା ମାଧ୍ୟମରେ ଦାରିଦ୍ର୍ୟ ସୀମାରେଖା ନିମ୍ନରେ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିମାନଙ୍କୁ ଦିଆଯାଉଥିବା ସୁବିଧା ଅନୁଯାୟୀ ସହାୟତା ନିମନ୍ତେ ଦରଖାସ୍ତ କରୁଅଛି । ଏଥି ସହିତ ମୃତ୍ୟୁ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ ନିମ୍ନରେ ପ୍ରଦାନ କରାଗଲା ।

(କ) ମୃତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ :

୧. ନାମ.....

୨. ପିତା / ସ୍ୱାମୀଙ୍କର ନାମ.....

୩. ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ଠିକଣା.....

୪. ବୟସ.....

୫. ଧର୍ମ.....

(ଖ) ମୃତ୍ୟୁ ସଂପର୍କରେ ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ :

୧. ମୃତ୍ୟୁର ତାରିଖ.....

୨. ସ୍ୱାଭାବିକ / ଦୁର୍ଦ୍ଦଶାଜନିତ.....

୩. କ. ଦୁର୍ଦ୍ଦଶାଜନିତ ହୋଇଥିଲେ ଦୁର୍ଦ୍ଦଶାର କାରଣ.....

ଖ. ଦୁର୍ଦ୍ଦଶାର ସ୍ଥାନ ଓ ତାରିଖ.....

୪. ସ୍ୱାଭାବିକ ମୃତ୍ୟୁ ଘଟିଥିଲେ ତାହାର କାରଣ.....

୫. ମୃତ୍ୟୁ ଘଟିଥିବାର ସ୍ଥାନ : ଗ୍ରାମ / ସହର, ଥାନା, ଗ୍ରାମ ପଞ୍ଚାୟତ / ପୌରାଞ୍ଚଳ ନଗରପାଳିକାର ନାମ.....

୬. ଦୁର୍ଦ୍ଦଶା ଘଟିଥିବା ସ୍ଥାନ : ଗ୍ରାମ/ସହର, ଥାନା, ଗ୍ରାମ ପଞ୍ଚାୟତ / ପୌରାଞ୍ଚଳ / ନଗରପାଳିକାର ନାମ.....

୧୧) ମୃତ୍ୟୁ ବ୍ୟକ୍ତିକ ଚିକିତ୍ସା କରିବା ଚିକିତ୍ସକଙ୍କର ନାମ ଏବଂ ସଂପୃକ୍ତ ତାତ୍ପର୍ୟାଳାର ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ଠିକଣା.....

.....
.....

ମୃତ୍ୟୁ ବ୍ୟକ୍ତିକର ଶବ୍ଦ ବ୍ୟବହୃତ ହୋଇଥିଲା କି ? ହଁ / ନାହିଁ.....

(ଗ) ମୃତ୍ୟୁ ବ୍ୟକ୍ତିକର ଆଶ୍ରିତମାନଙ୍କର ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ

.....
..... ନାମ..... ବୟସ ମୃତ୍ୟୁବ୍ୟକ୍ତିକର ସହିତ ସଂପର୍କ.....

.....
.....

.....
.....

(ଘ) ଅନ୍ୟ କିଛି କ୍ଷତିପୂରଣ ପାଇବାର ଥିଲେ ତାର ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ.....

.....
.....

ମୁଁ/ଆମ୍ଭେମାନେ ଏତଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଅଛୁ ଯେ ଆମ୍ଭେମାନେ ଭାରତ ସରକାରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ନିର୍ଦ୍ଧାରିତ ମାନଦଣ୍ଡ ଅନୁଯାୟୀ ଦାରିଦ୍ର ସୀମାରେଖା ତଳେ ଥିବା ପରିବାର ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ଅଟୁ ।

ଦରଖାସ୍ତକାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର/ଚିପଟିକ

- ୧.
- ୨.
- ୩.
- ୪.