



नाशिक महानगरपालिका, नाशिक

समाज कल्याण विभाग

तळ मजला, राजीव गांधी भवन, शरणपूर रोड, नाशिक-४२२००२.

Vist us at : www.nmc.gov.in,

दुरध्वनी क्रमांक : ०२५३-२२२४५२ email id dmc_sw@nmc.gov.in



दिव्यांग मुले व व्यक्तीकरीता विविध योजनां करीता अर्ज

योजना क्र.१:- कर्णबधिरांना Cochlear Implant शस्त्रक्रियेकरीता अर्थसहाय्य योजना
(शस्त्रक्रियेकरीता ३ लाख/ Medication & Follow up करीता रुपये ५० हजार/लाभार्थी)

अर्ज क्र. नामनपा/स.क./ दि.यो./

दि. / /२०

अर्ज विनामुल्य

प्रति,

मा.आयुक्त/उप-आयुक्त,
समाज कल्याण विभाग,
नाशिक महानगरपालिका नाशिक,

अर्जदाराचा पासपोर्ट
आकाराचा
स्वसाक्षात्कृत
फोटो

महोदय,

मी अर्ज करणार श्री. /श्रीमती----- नाशिक
महानगरपालिकेच्या हद्दीमध्ये ----- या प्रभागात/वॉर्ड-----विभागात
-----वर्षापासून वास्तव्य करित आहे. नाशिक महानगरपालिका समाज कल्याण
विभागाद्वारे सुरु करण्यात आलेल्या ' कर्णबधिरांकरीता Cochlear Implant शस्त्रक्रियेकरीता
अर्थसहाय्य योजना अंतर्गत अर्थ सहाय्य ' मिळावे यासाठी खालीलप्रमाणे अर्ज सादर करित आहे.

१. Cochlear Implant शस्त्रक्रिया

करणा-या मुल/व्यक्तीचे नांव :- -----

२. जन्म तारीख :- -----

३. संपुर्ण पत्ता व दुरध्वनी क्र. :- -----

४. शिक्षण घेत असल्यास शैक्षणिक :- -----

संस्थेचे नांव व पत्ता :- -----

(बोनाफाईट प्रमाणपत्र जोडणे)

५. दुरध्वनी क्रमांक :- -----

६. ऑडिओग्राम :- -----

७. C.I शस्त्रक्रियेचा पूर्व चाचणी अहवाल :- -----

८. C.I करिता एकूण खर्चाचा तपशील :- -----

९. C.I शस्त्रक्रिया करणा-या रुग्णालयचा पॅन क्रमांक :- -----

१०. रुग्णालयाचे ज्या बँकेत बचत खाते आहे त्या बँकेचे नाव :- -----

शाखा-----खातेदराचे नाव :- -----खाते क्र.-----

-----MICR Code----- IFSC Code -----

(सोबत छायांकित प्रत जोडण्यात यावी.)

११. या अगोदर नाशिक महानगरपालिका समाज कल्याण विभागाद्वारे ----- अपंगाच्या
विविध योजनेअंतर्गत कोणत्याही योजनेचा लाभ घेतला आहे का? असल्यास कोणत्या-----

-----वर्ष-----

दिनांक :-

ठिकाण :-

अर्जदाराची स्वाक्षरी

अटी व शर्ती

१. नाशिक महानगर पालिका क्षेत्रात वास्तव्य करीत असलेबाबत पाणी बील, वीजबील, मालमत्ता कर पावती, वास्तव्याचा करारनामा, रेशनकार्ड यापैकी कोणतेही दोन पूरावे सादर करावे.
२. आधार कार्ड/पावतीची छायांकित प्रत सादर करणे.
३. अपंगत्वाचे प्रमाणपत्र याबाबतची छायांकित प्रत सादर करणे.
४. जन्माचा दाखला अथवा वयाचा पुरावा याबाबतची छायांकित प्रत सादर करणे.
५. ज्या हॉस्पिटल मार्फत Cochlear Implant शस्त्रक्रिया करण्यात येणार आहे त्या हॉस्पिटलच्या वैद्यकीय अधिका-याचे पत्र सोबत जोडणे आवश्यक आहे.
६. सदरची योजना अर्जदाराच्या त्याच्या पूर्ण हयायातीत एकदाच लाभ मिळेल.
७. सदर आर्थिक वर्षामधील योजनेचा लाभ मिळवणेकरीता अर्जदारास इतर कोणत्याही शासकीय, निमशासकीय तसेच,
८. नामनपा मार्फत राबविण्यात येणा-या अपंग योजनेचा लाभ घेतला नाही किंवा घेणार नाही यास्वरूपाचे स्वयंघोषणापत्र सादर करणे बंधनकारक आहे.
९. प्रथम येणा-यास प्रथम प्राधान्य या तत्वावर परंतु संपूर्ण अर्ज व कागदपत्राची पूर्णतः पूर्णता केल्यास त्या पात्र अर्जदारास लाभ देण्यात येईल.
१०. एखाद्या पात्र अर्जदारासंबंधित खोटे कागदपत्र जोडण्यात आले असे निदर्शनास आल्यास पात्र अर्ज अपात्र करण्याचे किंवा लाभार्थ्यांवर कार्यवाही करण्याचे सर्व अधिकार मा.आयुक्त, नामनपा यांना राहतील.
११. ० ते ५ वयोगटातील दिव्यांग मुलाकडे दिव्यांग प्रमाणपत्र नसल्यास खाली नमुद केलेल्या संस्थेमधील तज्ञ व्यक्तीमार्फत देण्यात आलेले प्रमाणपत्र / अहवाल ग्राह्य धरण्यात येईल.
 - राष्ट्रीय विकलांग संस्था, बांद्रा(कर्णबधिर)
 - राष्ट्रीय मानसिक विकलांग संस्था, (मतिमंद, सेलेब्रल पाल्सी, गतिमंद, स्वमग्न)
 - संदर्भ रुग्णालय, नाशिक, अथवा सिव्हील हॉस्पिटल, नाशिक (अंध)
 - नाशिक महानगरपालिका, वैद्यकीय (आरोग्य) अधिकारी, नाशिक.

स्वयंघोषणापत्र

मी श्री/ श्रीमती -----हमी देतो /देते कि, अर्जात नमुद केलेल्या कारणासाठी मला महानगरपालिका अथवा राज्य /केंद्र शासनाकडून आर्थिक वर्ष २० -२० मध्ये कोणत्याही प्रकारचे स्वयंरोजगाराकरीता आर्थिक सहाय्य मिळालेले नाही व नामनपामार्फत राबविण्यात येणा-या इतर दिव्यांग योजनेमध्ये भाग घेतलेला नाही. नाशिक महानगर पालिकेकडून मिळणारे आर्थिक सहाय्याचा उपयोग माझ्या/पाल्याच्या शस्त्रक्रीयेकरीता करेन.

त्याचप्रमाणे विनियोग न झाल्यास व गैरवापर होत असल्याचे आपल्या निदर्शनास आल्यास नाशिक महानगरपालिका मार्फत होणारी संभाव्य कायदेशीर कार्यवाहीस माझी कोणतीही हरकत असणार नाही.

तरी कृपया, माझ्या/पाल्याच्या शस्त्रक्रीयेकरीता अर्थसहाय्य मिळावे ही विनंती.

दिनांक:-

ठिकाण:-

अर्जदाराचे नाव व स्वाक्षरी

स्वयं साक्षांकनासाठी स्वयं घोषणापत्र

अर्जदाराचा फोटो

मी _____श्री. _____यांचा
 मुलगा/मुलगी वय _____वर्ष ,आधार क्रमांक _____
 राहणार _____
 या द्वारे घोषित करतो /करते कि मी स्वयं साक्षांकीत केलेल्या प्रती या मूळ कागदपत्रांच्याच सत्य
 प्रती आहेत. त्या खोट्या असल्याचे आढळून आल्यास, भारतीय दंड संहिता अन्वये आणि /किंवा
 संबंधित कायदानुसार माझ्यावर खटला भरला जाईल व त्यानुसार मी शिक्षेस पात्र राहीन याची
 मला पूर्ण जाणीव आहे.

ठिकाण:-

दिनांक:

अर्जदाराचे नाव व स्वाक्षरी

कार्यालयीन कामाकरीता

अर्जदार श्री /श्रीमती _____ यांच्याकडून
 भरण्यात आलेला अर्ज क्रं..... हा छाननी समितीद्वारे,

१. पात्र करण्यात आलेला आहे.

२. या कारणास्तव अपात्र करण्यात आला.

छाननी समिती सदस्य: नाशिक महानगरपालिका, समाज कल्याण विभाग.

श्रवण व वाचा तज्ञ : _____

मानसोपचार तज्ञ : _____

अस्थिव्यंग तज्ञ : _____

नेत्र तज्ञ : _____

सदरच्या अर्जदाराने उपरोक्त अटी व शर्तीच्या अधिन राहून कागदपत्रांची पूर्तता
 केलेली आहे/ केलेली नाही. याची छाननी समिती द्वारे पडताळणी करून अर्ज पात्र /अपात्र
 केलेला आहे. त्यानुसार या अर्जदारास सदरील योजनेचा लाभ /लाभ न देण्यास हरकत नाही असे
 वाटते.

उपआयुक्त (समाजकल्याण)
 नाशिक महानगरपालिका, नाशिक.