

हरियाणा राज्य के भीतर ऐसे स्थानों से जाते तथा आते समय खेतों, गावों तथा मार्केट यार्ड में कृषि कार्यो/घन्धों के दौरान हुई दुर्घटना से पीड़ित को विशेष सहायता देने हेतु दावा आवेदन।

1. दावेदार का नाम
2. दावेदार का व्यवसाय (कृपया एक ठीक को टिक करें):
(क) किसान (ख) खेतिहर श्रमिक
(ग) मण्डी श्रमिक (घ) मुर्गी पालन
(ङ) डेरी फार्म
3. पिता का नाम
4. पूरा पता (ख) तहसील
(क) गाँव
(ग) जिला
5. आयु
6. दुर्घटना (ख) समय
(क) तिथि (घ) गाँव
(ग) स्थान
(ङ) सड़क पर मण्डी में जाते व आते
(ण) मण्डी में
7. कर्मचारी स्थिति में नियोजक का नाम तथा पता (ख) पिता का नाम
(क) नियोजक का नाम (घ) तहसील
(ग) गाँव/शहर
(ङ) जिला
8. दुर्घटना की किस्म (कृपया एक ठीक को टिक करें)
(क) मृत्यु (ख) एक अंग-भंग/स्थाई गंभीर चोट
(ग) दो अंग-भंग/स्थाई गंभीर चोट

(घ) उंगली भाग कटना (ड) पूरी उंगली कटना
(च) चार उंगली कटना एक अंग-भाग

9. अंग-हानि तथा मृत्यु का कारण (कृपया एक ठीक को टिक करें):

- (क) कृषि, (ख) औजार, (ग) टूलज, (घ) उपकरण, (ड) मशीनरी,
(च) कुआ खोदते, (छ) द्यूबवैल लगाते, (ज) क्रैन्कैसर, (झ) कोल्ड,
(ञ) चारा काटने की मशीन, (ट) शैसर, (ठ) कुआ खोदते समय
जहरीली गैस,
(ड) द्यूबवैल का काम करने तथा लगाने के दौरान जहरीली गैस
(ढ) द्यूबवैल पर काम करते समय बिजली करंट (ण) पशु से,
(त) पशु गाड़ी से, (थ) ट्रक से, (द) किसी अन्य वाहन से मण्डी
में कृषि पैदावार ले जाते व वापिस आते समय।
(ध) कीटनाशक दवाई, (न) पेस्टीसाईड, (प) बिजली करंट,
(फ) आग से दुर्घटना, (ब) मण्डी में कृषि उपज की उतराई,
छनाई और तुलवाई के समय,
(म) सर्प अथवा अन्य जहरीले कीट के काटने व जीव के काटने
से

दिनांक:-

(प्राथी के हस्ताक्षर या
उंगली निशान या अंगूठा)

नजदीकी सम्बन्धी के हस्ताक्षर तथा पता

1. गांव _____ 2. तहसील _____ 3. जिला _____
प्रमाणित किया जाता है कि श्री / श्रीमती _____ पुत्र / पुत्री / पत्नी /
विधवा / श्री श्रीमति _____ द्वारा दी गई सूचना सत्य तथा सही है।
(क) हस्ताक्षर
1) सरपंच
2) दो पंच या नम्बरदार
(ख) सदस्य नगरपालिका / नगर परिषद / नगर निगम या
आयुक्त नगर निगम / प्रशासक
पते सहित:

कृषि सम्बन्धी मशीनरी / यन्त्र / उपकरण आदि के परिचालन के
फलस्वरूप हुई हानि / दुर्घटना से मृत्यु, स्थाई अपंगता इत्यादि के
दावे पर सचिव एवं कार्यकारी अधिकारी मार्किट कमेटी की रिपोर्ट।

यह प्रमाणित किया जाता है कि दावेदार श्री / श्रीमती _____ पुत्र /

पुत्री / पत्नी / विधवा / श्री / श्रीमती _____ निवासी गांव / शहर

_____ तहसील _____ जिला _____ द्वारा दी गई सूचना

चिकित्सा अधिकारी / चिकित्सक परिचालन के फलस्वरूप कृषि सम्बन्धी

मशीनरी / यन्त्र / उपकरण आदि (प्रति सलंगन) द्वारा सत्यापित तथा दी गई

सूचना से मेल खाती है और स्वीकार करने के योग्य है। दावेदार का हस्ताक्षर

दिनांक _____ को लिए गये हैं।

हस्ताक्षर

सचिव एवं कार्यकारी अधिकारी,

मार्किट कमेटी,

चिकित्सा प्रमाण-पत्र

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती _____ पुत्र/
पुत्री/पत्नी/विधवा/श्री/श्रीमति _____ निवासी
गांव/शहर _____ तहसील _____ जिला _____
का निम्नलिखित चोटों/दुर्घटनाओं का ईलाज मेरे द्वारा
हस्पताल/डिस्पेंसरी _____ में दिनांक _____ से _____ तक
पंजीकृत संख्या _____ दिनांक _____ किया गया है :-

- (क) मृत्यु होने पर
- (ख) रीढ़ की हड्डी टूटने के कारण (यदि यह स्थाई आशक्तता है)
- (ग) एक अंग-भंग होने पर अर्थात् हाथ, पांव, आंख, टांग या बाजू आदि।
- (घ) दो अंग-भंग होने पर
- (ङ) उंगली भाग कटने पर
- (च) पूरी उंगली कटने पर
- (छ) चार उंगली कटने पर
- (ज) स्थाई गम्भीर चोट

डाक्टर के हस्ताक्षर
रजिस्ट्रेशन संख्या तथा योग्यता

पूरा पता:-

नाम:

हस्पताल/डिस्पेंसरी का नाम:

गांव:

तहसील:

जिला: