

11. लाभार्थी बच्चे के माता-पिता का पूर्ण विवरण

| क्रम | माता-पिता का नाम | पूरा पता | मृत्यु की तिथि | कारण |
|------|------------------|----------|----------------|------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |

12. कोविड-19 के कारण हुए मृत्यु की विवरणी

| क्रम | माता/पिता का नाम | लिंग स्त्री/पु0 | कोविड-19 से मृत्यु संबंधी प्रमाण-पत्र संख्या | प्रमाण-पत्र जारी करने वाले पदाधिकारी का पदनाम/कार्यालय | प्रमाण-पत्र जारी करने की तिथि |
|------|------------------|-----------------|--|--|-------------------------------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |

13. लाभार्थी वर्तमान में किनके साथ रह रहा है-

| क्रम | नाम | संबंध (बच्चे के साथ) | अभिभावक के पति/पत्नी का नाम | पूर्ण पता | मो0 सं0 |
|------|-----|----------------------|-----------------------------|-----------|---------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |

14. बच्चे का अभिभावक के साथ राष्ट्रीयकृत बैंक में संयुक्त बचत खाता की विवरणी-

बैंक का नाम: शाखा:
 संयुक्त खाता संख्या:आई0एफ0एस0सी0

15. घोषणा:

मैं एतद् द्वारा शपथ पूर्वक घोषणा करता/करती हूँ कि आवेदन पत्र में अंकित विवरण एवं संलग्न किये गये सभी दस्तावेज के तथ्य/सूचनायें सही व सत्य हैं। मैंने बाल सहायता योजना के नियम पूर्णतः पढ़/सुन/जान लिया है। मैं योजना के अनुसार आवेदन में उल्लेखित बच्चों को अपने परिवार में रखकर अपने स्वयं के परिवार के सदस्य के रूप में भोजन, वस्त्र, आवास, शिक्षा, पोषण, स्वास्थ्य व अन्य सुविधाएँ उपलब्ध कराने के लिए स्वयं को आबद्ध करता/करती हूँ। मेरे द्वारा तथ्य असत्य/अपूर्ण/भ्रामक पाए जाने अथवा योजना के नियमों को पालन नहीं कर पाने पर सरकार अथवा सक्षम प्राधिकार द्वारा दिए गए आदेश/निर्णय का मेरे द्वारा पूर्णतः अनुपालन किया जायगा/की जायगी।

हस्ताक्षर

स्थान:

दिनांक:

(आवेदक का नाम)

संलग्न किये जाने वाले दस्तावेज:

- क) कोविड-19 से माता/पिता की मृत्यु संबंधी सक्षम प्राधिकार से निर्गत प्रमाण-पत्र।
- ख) माता एवं पिता का सक्षम प्राधिकार द्वारा निर्गत मृत्यु प्रमाण-पत्र।
- ग) 0-6 वर्ष के उम्र समूह के लाभार्थी की स्थिति में बच्चे का नियमित टीकाकरण एवं ऑगनबाड़ी केन्द्र द्वारा जारी नामांकन प्रमाण-पत्र तथा 6 वर्ष से अधिक आयु के लाभार्थी की स्थिति में बच्चे का विद्यालय द्वारा जारी अध्ययनरत् प्रमाण-पत्र। (प्रथम स्वीकृति के समय इन प्रमाण-पत्रों को संलग्न किया जाना अनिवार्य नहीं होगा, परंतु अनुदान नवीकरण के लिए ये प्रमाण-पत्र अनिवार्य होगा।
- घ) लाभुक बच्चे का जन्म प्रमाण-पत्र। यदि बच्चा पूर्व से विद्यालय में नामांकित है तो संबंधित विद्यालय के प्रधानाध्यापक के द्वारा इस आशय का निर्गत प्रमाण-पत्र मान्य होगा।
- ङ) बच्चे के अभिभावक के साथ राष्ट्रीयकृत बैंक में संयुक्त बैंक खाता पास बुक की छायाप्रति।
- च) सक्षम प्राधिकार (बाल कल्याण समिति) द्वारा जारी आदेश/प्रमाण-पत्र की छायाप्रति (नोट:- किशोर न्याय (बालकों की देखरेख एवं संरक्षण) अधिनियम, 2015 अंतर्गत बिहार किशोर न्याय (बालकों की देखरेख एवं संरक्षण) नियमावली 2017 में निहित बाल कल्याण समिति द्वारा निर्गत प्रारूप -36 नियम-24 (5)।

आवेदन पत्र की प्राप्ति रसीद

बाल सहायता योजना हेतु विहित प्रपत्र में आवेदक श्री/श्रीमती/कुमारी माता/पिता/पति
का नाम ग्राम/मुहल्ला वार्ड सं० पंचायत/नगर निकाय
..... प्रखंड जिला द्वारा श्री/श्रीमती/कुमारी
माता/पिता का नाम ग्राम/मुहल्ला वार्ड सं० पंचायत/नगर
निकाय प्रखंड जिला को बाल सहायता योजना का लाभ
दिये जाने हेतु भरे गये आवेदन को आज दिनांक को प्राप्त किया।

प्राप्तकर्ता का हस्ताक्षर

आंगनबाड़ी सेविका/बाल विकास परियोजना कार्यालय
परियोजना का नाम-

ऑगनबाड़ी सेविका द्वारा भरा जाने वाला जाँच-पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री / श्रीमती ----- माता / पिता / पति श्री -----
----- निवासी ----- मेरे ऑगनबाड़ी केन्द्र संख्या ----- परियोजना-----
----- जिला ----- के पोषक क्षेत्र के निवासी है। इनके द्वारा आवेदन के सभी कॉलम में
उपलब्ध कराई गई सूचनायें सही हैं। इनके द्वारा बाल सहायता योजना के लिए योग्य निम्नांकित बच्चे को
अपने परिवार में रखकर पालन-पोषण, शिक्षा आदि की सुविधाएँ उपलब्ध कराई जा रही हैं-

| क्रम | लाभार्थी बच्चे का नाम | माता/पिता का नाम | पालक परिवार के मुखिया का नाम | लिंग | जन्मतिथि | अभिभावक/आवेदक के पास कब से रह रहा है |
|------|-----------------------|------------------|------------------------------|------|----------|--------------------------------------|
| | | | | | | |

प्राप्त आवेदन में अंकित सूचनाएँ मेरी सर्वोत्तम जानकारी एवं जाँच के अनुरूप सत्य हैं।

दिनांक:

(हस्ताक्षर)

ऑगनबाड़ी सेविका का पूरा नाम:

केन्द्र का पता एवं मुहर:

बाल विकास परियोजना पदाधिकारी की अनुशंसा

सेवा में,

सहायक निदेशक,

जिला बाल संरक्षण इकाई,

----- ।

मेंने आवेदन में अंकित विवरण की जाँच संबंधित पोषक क्षेत्र की ऑगनबाड़ी सेविका के द्वारा कराई

है / स्वयं की है। बाल सहायता योजनान्तर्गत अनुदान स्वीकृति की अनुशंसा की जाती है। इन्होंने

राष्ट्रीयकृत बैंक (-----) में संयुक्त बचत खाता खोलकर अनुदान भुगतान हेतु आवेदन में

संलग्न किया है।

स्थान:

बाल विकास परियोजना पदाधिकारी का हस्ताक्षर

एवं मुहर सहित

परियोजना का नाम:

बाल सहायता योजना के अनुदान हेतु स्वीकृति आदेश-पत्र (प्रपत्र-II)

1. बाल सहायता योजना के अधीन निम्नांकित लाभार्थियों को स्वीकृति की तिथि से 1500 रुपये मासिक अनुदान की स्वीकृति दी जाती है।
2. खाता अभिभावक के माध्यम से संचालित किया जायेगा।
3. अनुदान का भुगतान बच्चे तथा अभिभावक के साथ खोले गये संयुक्त बैंक खाता में किया जाएगा।
4. कॉलम 8 में अंकित लाभार्थी की आयु के अनुसार ही अनुदान राशि उसके खाते में हस्तांतरित की जायेगी।
5. लाभार्थी की वर्तमान स्वीकृति मात्र 12 माह के लिए है। अनुदान नवीकरण की सूचना नवीकरण आदेश-पत्र के माध्यम से प्रदान की जायेगी।

| क्र. | लाभुक का नाम | मातापिता-का नाम | अभिभावक का नाम | ग्राम/मोहल्ला | कोटि | पंचायत, प्रखण्ड, वार्ड / नगर निकाय | अनुदान स्वीकृति की तिथि को लाभुक का उम | अनुदान लेखा संख्या एवं वर्ष | भुगतान प्रारंभ का माह एवं वर्ष | बैंक जहाँ से भुगतान होगा |
|------|--------------|-----------------|----------------|---------------|------|------------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

स्थान :

सहायक निदेशक, जिला बाल संरक्षण इकाई का हस्ताक्षर

नाम:

जिला बाल संरक्षण इकाई-

ज्ञापांक:-

पटना, दिनांक-

प्रतिलिपि: जिला पदाधिकारी /संबंधित बाल विकास परियोजना एवं उपरोक्त अंकित लाभार्थियों को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यार्थ प्रेषित।

सहायक निदेशक, जिला बाल संरक्षण इकाई का हस्ताक्षर

नाम:

जिला बाल संरक्षण इकाई-

बाल सहायता योजना के अनुदान नवीकरण हेतु स्वीकृति आदेश-पत्र (प्रपत्र-III)

1. बाल सहायता योजना के अधीन निम्नांकित लाभार्थियों को स्वीकृति की तिथि से यथा तालिका के कॉलम 9 में वर्णित मासिक अनुदान के नवीकरण की स्वीकृति जाती है।
2. बाल सहायता योजनान्तर्गत निम्नांकित लाभार्थियों के मासिक अनुदान को नवीकृत किये जाने हेतु कॉलम 2 में अंकित लाभार्थी के नाम से कॉलम 7 में अंकित लेखा संख्या एवं वर्ष के अनुसार नवीकृत की जाती है।
3. खाता अभिभावक के माध्यम से संचालित किया जायेगा।
4. कॉलम 7 में अंकित लाभार्थी की आयु के अनुसार ही अनुदान राशि उसके खाते में हस्तांतरित की जायेगी। 10-18 वर्ष उम्र समूह को 1500 रुपये प्रति माह देय हो।
5. लाभार्थी की वर्तमान स्वीकृति मात्र 12 माह के लिए है।

| क्र. | लाभुक का नाम | माता-पिता का नाम | अभिभावक का नाम | पूर्ण पता | कोटि | अनुदान लेखा एवं संख्या वर्ष | विद्यालय/ऑगनबाड़ी केन्द्र का नाम जहाँ लाभार्थी नामांकित हो | अनुदान राशि(रु) | बैंक जहाँ से भुगतान होगा |
|------|--------------|------------------|----------------|-----------|------|-----------------------------|--|-----------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | 1500 | |

स्थान

सहायक निदेशक, जिला बाल संरक्षण इकाई का हस्ताक्षर

नाम:

जिला बाल संरक्षण इकाई-

ज्ञापांक:-

पटना, दिनांक-

प्रतिलिपि: जिला पदाधिकारी /संबंधित बाल विकास परियोजना एवं उपरोक्त अंकित लाभार्थियों को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यार्थ प्रेषित।

सहायक निदेशक, जिला बाल संरक्षण इकाई का हस्ताक्षर

नाम:

जिला बाल संरक्षण इकाई-