



हिमाचल प्रदेश भवन एवं अन्य सन्निर्माण कामगार कल्याण बोर्ड  
ठाकुर वाटिका, खलीनी, शिमला-2 (हि०प्र०)



प्ररूप-39  
(नियम-275 (2) देखें)  
विकलांगता पेंशन सहायता हेतु आवेदन

फोटो

1. आवेदक (लाभार्थी) का नाम : .....
2. पता तहसील, पंचायत तथा ब्लॉक सहित : .....  
पिनकोड.....  
पंचायत..... ब्लॉक.....  
3.क) पंजीकरण संख्या/ तिथि : संख्या..... तिथि 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
ख) आधार से जुड़ा बैंक खाता संख्या : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
ग) बैंक आई.एफ.एस.कोड : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
घ) बैंक शाखा का नाम : .....  
ड) आधार नम्बर : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
च) बैंक खाते से जुड़ा मोबाईल नम्बर : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
4. लाभार्थी (कामगार) की जन्म तिथि : जन्म तिथि 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
5. प्रथम किरत देने की तिथि व बैंक का नाम : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 .....  
6. यदि कोई किरत नहीं दी गई तो कारण बताएं : .....  
7. अन्तिम किरत देने की तिथि व बैंक का नाम : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 .....  
8. बीमारी / दुर्घटना का विवरण : .....  
9. बीमारी / दुर्घटना के कारण विकलांगता की स्थिति (प्रतिशतता) : .....  
10. संलग्न किए गए दस्तावेजों का विवरण- : (1) पहचान पत्र (2) विकलांगता प्रमाण पत्र  
(3) आधार कार्ड की छायाप्रति  
11. क्या आपको सरकार अथवा किसी अन्य संस्था से इस प्रयोजन के लिए सहायता प्राप्त हुई है? : हाँ / नहीं

उपरोक्त तथ्य मेरे ज्ञान और सूचनाओं के अनुसार सही है।

तारीख : .....

आवेदक का नाम तथा हस्ताक्षर

- कार्यालय प्रयोग हेतु -

श्रम अधिकारी के हस्ताक्षर व मोहर  
दिनांक .....

मुबल्लिग रु..... (रूपये ..... हजार)  
बोर्ड द्वारा स्वीकृत।

हस्ताक्षर व मोहर

सभी कॉलम भरने आवश्यक है अन्यथा फार्म स्वीकार नहीं किया जायेगा तथा फार्म में किसी भी तरह की कटिंग मान्य नहीं होगी।