

Annexure II

G.O. No. SWL 146 / PHP-77, dated 7-11-1977

Application for Financial Assistance To

PHYSICALLY HANDICAPPED PERSON

1	a) Name in full of the applicant (Complete with all aliases) (IN BLOCK LETTERS) b) Name of the father / husband	:				
2	Male or Female	:	Male / Female			
3	Age & Date of Birth	:				
4	Particulars of Documents enclosed in support of Age	:				
5	Postal Address in full Village / Town: Taluka: District:	:				
6	From which date he is staying in Karnataka	:				
7	Nature of Handicap the applicant is affected with	:				
8	Particulars of Documents enclosed in support of nature of handicap.	:				
9	Particulars of family of the applicant :					
Sl. No	Name	Relation ship	Whether married or not	Occupation	Income per annum	Whether living with applicant or not
1						
2						
3						
4						
5						
10	Total Income of the family per annum (The Income Certificate issued by the Tahsildar should be enclosed)	:				
11	Educational Qualification of the applicant	:				
12	Occupation & Income of the applicant	:				
13	Identification Marks: 1) 2)	:				

14	The name of the Treasury where he/she wants to draw this pension	:	
15	Whether specimen signature duly attested is enclosed	:	

DECLARATION BY THE CANDIDATE

I, _____ son / daughter of _____ hereby declare that the particulars furnished in this application are true to the best of my knowledge and belief.

Place:

Date:

Signature of the applicant or
Left hand thumb Impression

CERTIFICATE

I know Shri/Smt. _____
Son/daughter of _____
for the last _____ years. I certify that the information furnished above by him / her are correct to the best of my knowledge.

His/Her identification marks are given below:

1)

2)

Signature of the persons who gives the Certificate
with full address and designation

This certificate shall be furnished by a member of Lok-Sabha, Rajya-Sabha, Legislative Assembly, Legislative Council, Municipal Council, Corporation Council or a Panchayat Chairman or the Manager of poor house or a similar Charitable institution or the Gazetted Officer of the State or Central Government.

CERTIFICATE

Certificate that I have scrutinised the application and the documents produced alongwith it and found that to be true to the best of my knowledge and belief.

Place:

Date:

ORDERS OF THE SANCTIONING AUTHORITY

ನಮೂನೆ-3 (ಅ)

(ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ-ಕಂದಾಯ ಇಲಾಖೆ)

ಕಂದಾಯ ಇಲಾಖೆ

:ತಹಶೀಲದಾರ ಬೆಳಗಾವಿ ಇವರ ನಡುವಳಿಕೆಗಳು:

ವಿಷಯ : ಅಂಗವಿಕಲ ವೇತನ ಮಂಜೂರಿ ಕುರಿತು.

- ಓದಿತು : 1) ಶ್ರೀ/ ಶ್ರೀಮತಿ/ ಕುಮಾರ/ ಕುಮಾರಿ _____ ಇವರ ಅರ್ಜಿ.
- 2) ಕಂದಾಯ ನಿರೀಕ್ಷಕರು _____ ಇವರ ವರದಿ
ಕ್ರ: ಕ.ನಿ. ವಿವ: _____ ದಿನಾಂಕ.
- 3) ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಕ್ರ: ಎಸ್.ಡಬ್ಲ್ಯೂ: ಎಲ್ 146: ಪಿ ಎಚ್ ಪಿ :77: ದಿನಾಂಕ: 07-11-1977
- 4) -ಸದರ - ಎಸ್.ಡಬ್ಲ್ಯೂ: ಎಲ್ 19: ಪಿ ಎಚ್ ಪಿ :83 : ದಿನಾಂಕ:13-04-1983
- 5) -ಸದರ- ಎಸ್. ಡಬ್ಲ್ಯೂ: ಎಲ್ 5: ಪಿ ಎಚ್ ಪಿ: 84: ದಿನಾಂಕ: 08-06-1988
- 6) ನಿರ್ದೇಶಕರು ಅಂಗವಿಕಲರ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ ಇವರ ಪತ್ರ ಸಂಖ್ಯೆ: ಸಿಅಕಇ :ಜಿಅ : ಅಂದೂಪಿಹ :94-95:
ದಿನಾಂಕ: 20-05-1994
- 7) ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಸಕ ಇ:194 ಪಿ ಎಚ್ ಪಿ:94:ದಿನಾಂಕ: 14-07-1994.
- 8) ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಮಹವಿ: 297 ಪಿ ಎಚ್ ಪಿ : 97:ದಿನಾಂಕ:05-03-1998
- 9) ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಮಮಅ: 190 ಪಿ ಎಚ್ ಪಿ: 2007 ದಿನಾಂಕ:14-07-1994.
ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಅಂ. ವೇ: ವಿವ ಬೆಳಗಾವಿ ದಿನಾಂಕ:

ಮೇಲಿನ ವಿಷಯ ಹಾಗೂ ಅಂಗವಿಕಲರ ಮಾಶಾಸನ ಮಂಜೂರಿ ಕುರಿತು ಅ.ನಂ.(1)ರಲ್ಲಿ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ್ದು, ಸದರಿ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಕಂದಾಯ ನಿರೀಕ್ಷಕರು _____ ಇವರು ಮೇಲೆ ಅ.ನಂ 2ರ ಪ್ರಕಾರ ಸ್ಥಾನಿಕ ಚೌಕಾಸಿ ಮಾಡಿ ಅವಶ್ಯಕ ದಾಖಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ ವರದಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ್ದು ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶದನ್ವಯ ಈ ಕೆಳಗೆ ಕಾಣಿಸಿದವರಿಗೆ ಅಂಗವಿಕಲರ ಮಾಶಾಸನ ರೂ.400-00 (ರೂಪಾಯಿ ನಾಲ್ಕು ನೂರು ಮಾತ್ರ) ದಿನಾಂಕ: _____ ದಿಂದ ಪ್ರತಿ ತಿಂಗಳು ಸಂದಾಯವಾಗುವಂತೆ ಈ ಮೂಲಕ ಮಂಜೂರು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಸದರಿ ಮಾಶಾಸನವನ್ನು ಅವನು/ಳು ಅಂಗವಿಕಲತೆ(ಅಂಗಹೀನತೆ) ಗುಣಮುಖವಾಗುವವರೆಗೆ: ಕುಟುಂಬದ ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯವು ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ ರೂ 6000-00 ನಿಗದಿಪಡಿಸಿದ ಮಿತಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿಗೆ ಆದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮರಣ ಹೊಂದುವ ಪರ್ಯಂತ ಈ ಕಾರ್ಯಾಲಯದ ಮುಂದಿನ ಆದೇಶ ಆಗುವವರೆಗೆ ಇದರಲ್ಲಿ ಯಾವುದು ಮೊದಲು ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ.

ಮೇಲಿನ ಸಂದರ್ಭಾನುಸಾರ ಅಂಗವಿಕಲ ಮಾಶಾಸನವನ್ನು ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ದಿನಾಂಕ _____ ದಿಂದ _____ ರವರೆಗೆ ಮಾತ್ರ ಮಂಜೂರು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ವಿಳಾಸ: ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ _____

ತಾ: ಜಿ: ಬೆಳಗಾವಿ

- 1] ಮೇ|| ಉಪನಿರ್ದೇಶಕರು, ಜಿಲ್ಲಾ ಖಜಾನೆ, ಬೆಳಗಾವಿ ಇವರಿಂದ ಮಂಜೂರಾದ ವೇತನವನ್ನು ಮನಿಯಾರ್ಡರ ಮೂಲಕ ವೇತನದಾರರಿಗೆ ಪಾವತಿ ಆಗತಕ್ಕದ್ದು.
- 2] ಅರ್ಜಿದಾರರು: ಈ ಆದೇಶದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ವಿಳಾಸ ಬದಲಾಯಿಸಿದ್ದಲ್ಲಿ ತಡ ಮಾಡದೇ ತಹಶೀಲದಾರ ಬೆಳಗಾವಿ ಇವರಿಗೆ ತಿಳಿಸತಕ್ಕದ್ದು, ಇಲ್ಲವಾದಲ್ಲಿ ವೇತನವನ್ನು ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸಲಾಗುವುದು.
- 3] ಅರ್ಜಿದಾರರು: ಈ ಆದೇಶದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ತಪ್ಪು ಮಾಹಿತಿ ಹಾಗೂ ದಾಖಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸಿ ವೇತನ ಮಂಜೂರಿ ಪಡೆದುಕೊಂಡಲ್ಲಿ ವೃದ್ಧಾಪ್ಯ ವೇತನ ನಿಯಮ 42 ಅಂಗವಿಕಲ ವೇತನ ನಿಯಮ 42 (ಎ) (ಬಿ) ಹಾಗೂ ನಿರ್ಗತಿಕ ವಿಧವಾ ವೇತನ ನಿಯಮ 40 (ಎ) (ಬಿ) ರನ್ವಯ ಪಡೆದುಕೊಂಡ ವೇತನವನ್ನು ಮರಳಿ ಸರ್ಕಾರಕ್ಕೆ ಭರಣಾ ಮಾಡಿಕೊಂಡು ನಿಯಮಾನುಸಾರ ಕಠಿಣ ಶಿಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ದಂಡಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಲಾಗುವುದು.
- 4] ಅರ್ಜಿದಾರರು ಪ್ರಥಮವಾಗಿ ದಿನಾಂಕ: _____ ರಿಂದ _____ ರವರೆಗೆ ವರ್ಷಗಳವರೆಗೆ ಮಾತ್ರ ವಿಧವಾ ವೇತನ ಮಂಜೂರು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.
- 5] ಅಜ್ಞಾನ ಸಂರಕ್ಷಣಾದಾರರ ಹೆಸರು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ದಿನಾಂಕ _____

ತಹಶೀಲದಾರ ಬೆಳಗಾವಿ

ಪ್ರತಿ:1] ಮೇ|| ಉಪನಿರ್ದೇಶಕರು ಜಿಲ್ಲಾ ಖಜಾನೆ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಬೆಳಗಾವಿ ಇವರಿಗೆ ಅಭಿನಂದನೆಗಳೊಂದಿಗೆ,
ಮುಂದಿನ ಸೂಕ್ತ ಕ್ರಮಕ್ಕಾಗಿ

2] ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ _____ ಇವರಿಗೆ.

3] ಕಂದಾಯ ನಿರೀಕ್ಷಕರು _____ ಗ್ರಾಮ ಲೆಕ್ಕಾಧಿಕಾರಿ _____ ಇವರುಗಳಿಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮದ ಅಂಗವಿಕಲರ ಮಾಶಾಸನ ರಚಿಸ್ವರದಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಿ ವೇತನದಾರರ ಆದಾಯದಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ ಆದಲ್ಲಿ, ಮರಣ ಹೊಂದಿದಲ್ಲಿ, ಪರಸ್ಥಳಕ್ಕೆ ಹೋದಲ್ಲಿ ಗಂಡು ಮಕ್ಕಳು ಪ್ರಬುದ್ಧವಾದಲ್ಲಿ, ವೇತನದಾರರು ಸ್ವತಃ: ಆದಾಯ ಹೊಂದಿರುವವರೋ ಹೇಗೆ: ವಿಚಾರಣೆ ಮಾಡಿ ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ಪರಿಶೀಲನಾ ವರದಿಯನ್ನು ಕಂದಾಯ ನಿರೀಕ್ಷಕರು ಮೂಲಕ ಈ ಕಾರ್ಯಾಲಯಕ್ಕೆ ವರದಿ ಸಲ್ಲಿಸಲು ನಿರ್ದೇಶಿಸಿದೆ.

ತಹಶೀಲದಾರ ಬೆಳಗಾವಿ