

सहायक यंत्रों/उपकरणों की खरीद/फिटिंग के लिए दिव्यांगजनों को सहायता की
केन्द्रीय योजना के लिए आवेदन

दिनांक:

प्रेषक:

सेवा में,

सचिव,

भारत सरकार,

दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग,

सामाजिक न्याय और अधिकारिता मंत्रालय,

पंडित दीनदयाल अंत्योदय भवन, सीजीओ, कॉम्प्लेक्स, लोधी रोड, नई दिल्ली

विषय: सहायक यंत्रों/उपकरणों की खरीद/फिटिंग के लिए दिव्यांगजनों को सहायता (एडिप योजना)की
केन्द्रीय योजना के अंतर्गत सहायता ।

मैं सहायक यंत्रों/उपकरणों की खरीद/फिटिंग के लिए दिव्यांगजनों को सहायता की योजना के अंतर्गत वर्ष के लिए अनुदान हेतु आवेदन इसके साथ प्रस्तुत करता हूँ । मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैंने योजना के नियमों और विनियमों को पढ़ लिया है तथा मैं प्रबंधन की ओर से उन्हें पालन करने का वचन देता हूँ । इसके अतिरिक्त, मैं निम्नलिखित शर्तों से सहमत हूँ :

- (क) केन्द्रीय अनुदान में से पूर्णतः अथवा तत्त्वतः प्राप्त की गई परिसम्पत्तियां उन प्रयोजनों को छोड़कर नष्ट अथवा निपटायी अथवा उपयोग नहीं की जाएगी जिसके लिए अनुदान दिया जाता है । यदि किसी समय संगठन समाप्त हो जाता है तो ऐसी परिसम्पत्तियां भारत सरकार को प्रत्यावर्तित हो जाएंगी ।
- (ख) परियोजना के लेखे उचित तरीके से और अलग से रखे जाएंगे । वे भारत सरकार अथवा राज्य सरकार द्वारा प्रति नियुक्त किसी अधिकारी द्वारा जांच के लिए खुले होंगे । ये भारत के नियंत्रक और महालेखापरीक्षक के विवेक से पुनः जांच के लिए खुले होंगे ।
- (ग) यदि राज्य अथवा केन्द्र सरकार को विश्वास है कि स्वीकृति राशि का अनुमोदित प्रयोजनों के लिए उपयोग नहीं हो रहा है तो भारत सरकार अगली किस्त का भुगतान रोक सकती है तथा पहले के अनुदान की वसूली इस प्रकार कर सकती है जैसा कि वे निर्धारित करें ।
- (घ) संस्था योजना के कार्यान्वयन में यथोचित मितव्ययता का पालन करेगी ।
- (ङ) सहायक यंत्रों/उपकरणों को लगाने/देने से पहले, संगठन लाभार्थियों से वचनबंध प्राप्त करेगा जैसा कि योजना के अंतर्गत अपेक्षित है ।

(च) संस्था निर्धारित रीति से व्यापक प्रचार करने तथा जिला मजिस्ट्रेट कार्यालय, राज्य सरकार, स्थानीय सांसद तथा एमएलए के लिए सूचना देने के पश्चात सामाजिक न्याय और अधिकारिता मंत्रालय के बैनर के तहत जिलों में योजना का कार्यान्वयन करेगी।

भवदीय

(हस्ताक्षर)

(पदनाम)

(कार्यालय मोहर)

सामाजिक न्याय और अधिकारिता मंत्रालय
दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग

योजना का नाम:

1. संगठन

नाम :

पता (कार्यालय) :
(परियोजना) :

फोन (कार्यालय) :
(परियोजना) :

फैक्स (कार्यालय) :
(परियोजना) :

ई-मेल (कार्यालय) :
(परियोजना) :

वैबसाइट (कार्यालय) :
(परियोजना) :

2. (i) सोसायटी रजिस्ट्रेशन अधिनियम तथा निशक्तजन अधिनियम के तहत सोसायटी रजिस्ट्रेशन की प्रति
(ii) पंजीकरण संख्या और रजिस्ट्रेशन की तारीख

3. विदेशी अंशदान अधिनियम के अंतर्गत पंजीकरण :

(हां/नहीं)

4. संगम ज्ञापन तथा उप-विधि :

5. संलग्न किए जाने वाले दस्तावेजों की सूची :
- (क) (पिछले वर्ष की वार्षिक रिपोर्ट की एक प्रति जिसमें तुलनपत्र (प्राप्ति और भुगतान लेखा सहित), आय और व्यय लेखा होना चाहिए । :
- (ख) प्रबंधन बोर्ड/अधिकासी निकाय के सदस्यों के नाम तथा पते (अनुबंध-VI पर प्रपत्र के अनुसार) :
6. परियोजना का ब्यौरा जिसके लिए सहायता अनुदान हेतु आवेदन किया जा रहा है :
7. पूर्व वर्ष के अनुदान से निम्नोक्त प्रपत्र में लाभार्थियों के ब्यौरे :

वितरित किए गए यंत्रों तथा उपकरणों की संख्या

क्रम सं.	जिला का नाम	लाभार्थियों की संख्या	गतिशील उपकरण जैसे- ट्राईसाइकिल, व्हीलचेयर, क्रच, वाकर इत्यादि	प्रोस्थेटिक एवं आर्थोटिक उपकरण	श्रवण बाधितों हेतु श्रवण यंत्र एवं अन्य उपकरण	दृष्टिहीन, मूक बधिर और निम्न दृष्टि वाले व्यक्तियों हेतु यंत्र और सहायक उपकरण	एमआर से संबंधित सहायक उपकरण	करेक्टिव सर्जरी
कुल								

- (क) कुल लाभार्थियों में से अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/बालिका/महिलाओं की (श्रेणीवार) की संख्या
- (ख) वर्तमान वित्त वर्ष के दौरान कवर किए जाने वाले दिव्यांगजनों की प्रस्तावित संख्या

8. उपलब्ध कर्मचारियों का ब्यौरा

9. अन्य योजनाओं के तहत प्राप्त सहायता
अनुदान का ब्यौरा -
राज्य सरकार
केन्द्र सरकार
अन्य स्रोत

10. मैंने यह योजना पढ़ ली है और इस योजना की अपेक्षाओं एवं शर्तों को पूरा करता/करती हूँ। मैं योजना की सभी शर्तों का अनुपालन करने का वचन देता/देती हूँ :

(क) निधियों का उपयोग किसी अन्य प्रयोजन हेतु नहीं किया जाएगा।

(ख) योजना के तहत मंत्रालय से प्राप्त हुई निधियों के अलग से लेखे रखे जाएंगे।

(ग) संगठन लाभार्थियों को मांग वितरणोपरान्त देखभाल के साथ-साथ यंत्र/उपकरण उपलब्ध कराएगा।

हस्ताक्षर:

नाम:

पता:

.....

.....

तारीख:

मुहर:

नोट: जहां कहीं लागू न हो विशेष रूप से नए संगठन के मामले में कृपया 'लागू नहीं' लिखें।

सामाजिक न्याय और अधिकारिता मंत्रालय
दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग

योजना का नाम:

1. दूसरी किस्त के लिए आवेदन फार्म

संगठन

नाम :

पता (कार्यालय) :
(परियोजना) :

फोन (कार्यालय) :
(परियोजना) :

फैक्स (कार्यालय) :
(परियोजना) :

ई-मेल (कार्यालय) :
(परियोजना) :

2. सहायता अनुदान (रूपए)

(क) वर्तमान वर्ष में आवेदित :

(ख) पहली किस्त के रूप में प्राप्त :

(ग) दूसरी किस्त के लिए आवेदित :

3. आवेदनकर्ता संगठन को प्रथम किस्त का उपयोगिता प्रमाण पत्र संलग्न करना चाहिए :

(i) अनुदान के स्वीकृत मापदंडों के अनुसार मद-वार व्यय सहित लेखा परीक्षित उपयोगिता प्रमाण-पत्र।

(ii) आरक्षण अनुपालन के साथ लाभार्थियों के ब्यौरे।

(iii) सामान्य वित्तीय नियम 19 के तहत सरकारी अनुदानों से पूर्णतया अथवा पर्याप्त रूप से अर्जित की गयी परिसम्पत्तियां।

(iv) संगठन द्वारा आवश्यक समझी गयी अथवा मांगी गयी कोई अन्य सूचना।

- (v) विधिवत रूप से हस्ताक्षरित तथा सक्षम प्राधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित, निर्धारित प्रपत्र में जांच निरीक्षण रिपोर्ट।
- (vi) यंत्रों/उपकरणों के खरीद संबंधी प्रमाण (बिलों/वाउचर की प्रतियां) कार्यान्वयन एजेंसी द्वारा विधिवत रूप से अधिप्रमाणित ।

हस्ताक्षर:

नाम:

पता:

.....

.....

तारीख:

मुहर:

सहायक यंत्रों/उपकरणों की खरीद/फिटिंग के लिए दिव्यांगजनों
की सहायता योजना (एडिप योजना)

प्रबंध समिति का गठन दर्शाने वाला विवरण,

संगठन का नाम व डाक पता

क्रम सं.	प्रबंध समिति के सदस्य का नाम पैन एवं आधार सं. के साथ	सुपुत्र/सुपुत्री/पत्नी	पूर्ण आवासीय पता फोन/मोबाइल नं. के साथ	काम धंधे का स्वरूप	प्रबंध समिति में स्थिति
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

- टिप्पणी :** (i) प्रमाणित किया जाता है कि उपर्युक्त प्रबंध समिति का गठन संगठन की अनुमोदित उप विधियों एवं संगम ज्ञापन के अनुसार है ।
- (ii) प्रमाणित किया जाता है कि उपर्युक्त प्रबंध समिति का चुनाव को हुई उसकी बैठक में साधारण निकाय द्वारा किया गया । इस समिति का कार्यकाल से तक है ।

हस्ताक्षर
अध्यक्ष/सचिव का नाम (स्पष्ट अक्षरों में)
संगठन के कार्यालय की मोहर

सहायक यंत्रों/उपकरणों की खरीद/फिटिंग के लिए दिव्यांगजनों की सहायता की योजना कार्यान्वित कर रही एजेंसियों द्वारा सहायता प्रदत्त लाभार्थियों की सूची सामाजिक न्याय और अधिकारिता मंत्रालय, दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग को प्रस्तुत करना एवं कार्यान्वयन एजेंसी की वेबसाइट पर आधार संख्या के बिना अपलोड करना।

क्रम सं.	लाभार्थी का नाम	पूरा पता	उम्र	पुरुष/ महिला	आय	(प्रदत्त) सहायता का प्रकार	किस तारीख में दी गई	निर्माण प्रभार सहित सहायता लागत	/ फिटमेंट कुल
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

सब्सिडी प्रदान की	बाहरी लाभार्थी को दिया गया यात्रा व्यय	ठहरने और किए गए का भुगतान	क्या शल्य क्रिया से सुधार किया गया	कुल 10+11+ 12+13	कितने दिनों तक ठहरे रहे की संख्या	क्या कोई साथ में था	आधार कार्ड संख्या#	लाभार्थी का फोटो *	मोबाइल नं. और लैंड लाइन संख्या एसटीडी कोड के साथ **
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

लाभार्थियों की आधार संख्या का खुलासा अपलोड वेबसाइट पर नहीं किया जाना चाहिए।

* आधार संख्या प्रदान करने पर लाभार्थी के फोटो की आवश्यकता नहीं है।

**लाभार्थी के मोबाइल नंबर या एसटीडी कोड के साथ लैंड लाइन नंबर अपलोड करना कार्यान्वयन एजेंसी द्वारा लाभार्थी को प्रदान किए गए सहायक यंत्रों और उपकरणों के बारे में मंत्रालय को फीडबैक प्राप्त करने में सहायक होगा। यदि लाभार्थी के पास ये उपलब्ध नहीं हैं तो उनके रिश्तेदार / परिचित व्यक्ति के मोबाइल नंबर या एसटीडी कोड के साथ लैंड लाइन नंबर अपलोड करना होगा।

आरक्षण के बारे में विवरण

सहायक यंत्रों/उपकरणों की खरीद/फिटिंग के लिए दिव्यांगजनों को सहायता योजना

उपयोगिता प्रमाण पत्र

(नियम 150 के नीचे भारत सरकार के निर्णय (1) देखें)

क्र. सं.	पत्र संख्या और तारीख	राशि

प्रमाणित किया जाता है कि हाशिये में दिए गए और पिछले वर्ष के अव्ययित शेष के कारण इस मंत्रालय/विभाग के पत्र संख्या के अधीन.....के पक्ष में वर्षके दौरान स्वीकृत अनुदान सहायता.....रु. में से,.....रु. की राशि उसी उद्देश्य.....के लिए उपयोग में लाई गई है जिसके लिए यह स्वीकृत की गई है और वर्ष की समाप्ति पररु. की राशि अव्ययित शेष है जिसे सरकार को वापस किया जा रहा है (संख्या.....द्वारा) जिसे अगले वर्ष के दौरान देय अनुदान सहायता की दिशा में समायोजित किया जाएगा।

अगले वर्ष के दौरान देय सहायता

2. प्रमाणित किया जाता है जिन शर्तों पर अनुदान सहायता मंजूर की गई, उनसे मैं सहमत हूँ तथा वह पूर्ण रूप से पूरी की गई हैं/ पूर्ण रूप पूरी की जा रही हैं एवं मैंने निम्न जांच का प्रयोग किया है कि यह देखने के लिए कि वास्तव में राशि का उपयोग उस उद्देश्य के लिए किया गया था जिसके लिए इसे स्वीकृत किया गया।

की गई जाँच के प्रकार

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

हस्ताक्षर
पदनाम
तारीख

चार्टर्ड एकाउंटेंट/लेखा परीक्षक
द्वारा विधिवत् प्रमाणित
पदनाम.....

सहायक यंत्रों/उपकरणों की खरीद/फिटिंग के लिए दिव्यांगजनों को सहायता योजना को लागू करने वाली एजेंसियों द्वारा रखे जाने के लिए रजिस्टर कायम रखा जाना।

क्रम सं.	लाभार्थी का नाम	पूरा पता	पुरुष/ महिला	उम्र	आय	(प्रदत्त) सहायता का प्रकार	किस तारीख में दी गई	कुल सहाय लागत	निर्माण /फिटमेंट प्रभार
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.

यंत्र कुल लागत	सब्सिडी की	बाहरी लाभार्थी को दिया गया यात्रा व्यय	ठहरने और किए गए व्यय का भुगतान	क्या शल्य क्रिया से कोई किया गया	कुल 12+13+14+15	कितने दिनों तक ठहरे रहे की संख्या	लाभार्थी के हस्ताक्षर	क्या अनुरक्षक साथ में रखा गया
11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.