संचालनालय, सामाजिक न्याय एवं दिव्यांगजन सशक्तिकरण
लिंक रोड नम्बर-3, भोपाल – 462016
फोन – 077-2556916, ई-मेल - dir.socialjustice@mp.gov.in

क्रं./दि.स./801475/I/1180044/2026 दिनांक : 21-07-2026

प्रति,

1 समस्त कलेक्टर,
म.प्र.।
2 समस्त मुख्य कार्यपालन अधिकारी,
जिला पंचायत, म.प्र
3 समस्त संयुक्त संचालक / उप संचालक/सहायक संचालक,
सामाजिक न्याय एवं दिव्यांगजन सशक्तिकरण, म.प्र.

विषय: दिव्यांगजनों के लिए राज्य **दिव्यांग** निधि संचालन हेतु दिशा-निर्देशों के संबंध में।
संदर्भ :- संचालनालय का पत्र क्रं./दि.स./ /801475/1/1063753/2026 दिनांक 03/06/2026

उपरोक्त विषयान्तर्गत संदर्भित पत्र के माध्यम से दिव्यांगजनों के लिये राज्य निधि संचालन के दिशा-निर्देश जारी किये गये थे । राज्य **दिव्यांग** निधि अंतर्गत विभिन्न प्रयोजनों में सहायता प्राप्त करने हेतु दिशा-निर्देशों में ऑनलाईन आवेदन करने का लेख किया गया था। राज्य निधि अंतर्गत पात्र दिव्यांगजनों एवं संस्थाओं को वित्तीय सहायता प्रदान किये जाने हेतु ऑनलाइन प्रणाली विकसित किये जाने की कार्यवाही राष्ट्रीय सूचना विज्ञान केन्द्र (NIC) द्वारा की जा रही है जिसमे समय लगने की संभावना है। अतः उक्त के दृस्टिगत राज्य निधि हेतु निर्धारित आवेदन पत्र के प्रारूप विभागीय वेबसाइट **socialjustice.mp.gov.in** पर उपलब्ध कराए गए हैं। संबंधित आवेदकों को विभागीय पोर्टल से आवेदन पत्र डाउनलोड कर निर्धारित प्रारूप में आवेदन जिला कार्यालय में प्रस्तुत करने हेतु अवगत करायें। साथ ही जिला कार्यालय में प्राप्त आवेदनों पर निम्नानुसार कार्यवाही सुनिश्चित की जाये:-

1. आवेदन प्राप्ति

राज्य निधि अंतर्गत प्राप्त आवेदन पत्र एवं समस्त दस्तावेजों को जिला कार्यालय के**CRU (Inward)** द्वारा प्राप्त कर ई-ऑफिस में **Browse & Diaries** कर, संयुक्त संचालक/उप संचालक, सामाजिक न्याय एवं दिव्यांगजन सशक्तिकरण को प्रेषित किया जाये।

2. आवेदन अंकन

संयुक्त संचालक/उप संचालक, सामाजिक न्याय एवं दिव्यांगजन सशक्तिकरण द्वारा उक्त Receipt को परीक्षण हेतु संबंधित कर्मचारी/शाखा प्रभारी को अंकित किया जाये।

3. ई-फाइल का निर्माण

संबंधित कर्मचारी द्वारा आवेदन का परीक्षण कर ई-ऑफिस में पृथक**eFile** निर्मित की जाये तथा उसमें निम्न दस्तावेज ToC किये जाएँ व अनुशंसा का पत्र प्रारूप बनाया जाये:-

1. आवेदन पत्र
2. संलग्न समस्त दस्तावेज
3. मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी /सक्षम जिला मेडिकल बोर्ड का अनुशंसा पत्र (यदि आवश्यक हो तो)
4. परीक्षण प्रतिवेदन

4. जिला स्तरीय परीक्षण एवं अनुशंसा

जिले के संयुक्त संचालक/उप संचालक द्वारा आवेदन एवं संलग्न दस्तावेजों का परीक्षण कर पात्रता सुनिश्चित की जाये तथा अनुशंसा पत्र प्रारूप संयुक्त हस्ताक्षर हेतु ई-फाइल जिला कलेक्टर को प्रेषित की जाये।

5. जिला कलेक्टर द्वारा अनुमोदन

जिला कलेक्टर द्वारा आवेदन, दस्तावेज एवं अनुशंसा का परीक्षण किया जाये तथा सहमति होने पर अनुशंसा पत्र को अनुमोदित (Approve) करते हुए digital/e-Sign किया जाये।

6. संयुक्त e-Sign प्रक्रिया

जिला कलेक्टर द्वारा digital/e-Sign किये जाने के उपरांत जिले के संयुक्त संचालक/उप संचालक, सामाजिक न्याय एवं दिव्यांगजन सशक्तिकरण द्वारा भी उसी पत्र पर digital/e-Sign किया जाये।

तत्पश्चात संयुक्त रूप से digital/e-Signed अनुशंसा पत्र संचालनालय को प्रेषित किये जाने हेतु eFile जिला कार्यालय के **CRU (Outward)** को भेजी जाये।

7. संचालनालय को प्रेषण

जिला कार्यालय के **CRU (Outward)** द्वारा e-Office के माध्यम से digital/e-Signed अनुशंसा पत्र को संचालनालय के **CRU** को Dispatch की जाये।

8. अभिलेख संधारण

जिला कार्यालय द्वारा प्राप्त समस्त आवेदनों एवं प्रेषित अनुशंसा पत्रों का संधारण eFile पर किया जाये तथा आवश्यकता पड़ने पर संचालनालय को जानकारी उपलब्ध कराई जाये।

अतः उपरोक्तानुसार कार्यवाही सुनिश्चित करते हुए राज्य दिव्यांग निधि अंतर्गत प्राप्त आवेदनों का समयबद्ध परीक्षण एवं विधिवत अनुसंशा संचालनालय को प्रेषण किया जाना सुनिश्चित करें।

संलग्नक:

1. राज्य निधि आवेदन पत्र (दिव्यांगजन हेतु)
2. राज्य निधि आवेदन पत्र (संस्था/NGO हेतु)
3. अनुशंसा पत्र का प्रारूप

संलग्नक:

1. राज्य निधि आवेदन पत्र (दिव्यांगजन हेतु)
2. राज्य निधि आवेदन पत्र (संस्था/NGO हेतु)
3. अनुशंसा पत्र का प्रारूप

Digitally signed by
KRISHNA GOPAL TIWARI
Date: 21-07-2026
16:01:55

आयुक्त,
सामाजिक न्याय एवं दिव्यांगजन
सशक्तिकरण म.प्र.

पृ.क्र./दि.स./801475/I/1180044/2026 दिनांक : 21-07-2026

प्रतिलिपी:-

1. प्रमुख सचिव, म.प्र. शासन, सामाजिक न्याय एवं दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग, मंत्रालय वल्लभ भवन भोपाल ।
2. राज्य सूचना विज्ञान अधिकारी, एन.आई.सी., म.प्र. की ओर आवश्यक कार्यवाही हेतु ।
3. समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, म.प्र.की ओर सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु ।

आयुक्त,
सामाजिक न्याय एवं दिव्यांगजन
सशक्तिकरण म.प्र.

मध्यप्रदेश शासन

सामाजिक न्याय एवं दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग

राज्य दिव्यांगनिधि अंतर्गत वित्तीय सहायता हेतु आवेदन पत्र (दिव्यांगजन हेतु)

प्रति,

कलेक्टर,

जिला :- ____________________,

मध्यप्रदेश

व्यक्तिगत विवरण

नवीन पासपोर्ट साईज का फोटो चस्पा करें

आवेदक का नामः ____

पिता/पति/अभिभावक का नामः ____

जन्म तिथिः

DD	MM	YYYY

आयुः ________

लिंगः

Male	Female	Transgender

वर्ग :

SC	ST	OBC	GEN

9 अंको की समग्र आईडीः

मोबाइल नंबरः

ई-मेलः ____

जिले का नाम : _________________, स्थानीय निकाय का नाम : _________________________

ग्राम पंचायत/ वार्ड का नाम _________________________________

पूर्ण पताः ____ पिन कोड : ____________

दिव्यांगता का विवरण

UDID क्रमांक:

दिव्यांगता का प्रकार: ______________________________

दिव्यांगता प्रतिशत (%): ______________________________

दिव्यांगता स्थायी / अस्थायी है : _______________________

UDID वैधतादिनांक :______________________________

शैक्षणिक विवरण

उच्चतम योग्यता: ______________________________

संस्था/विश्वविद्यालय: ______________________________

उत्तीर्ण वर्ष: ______________________________

बैंक खाते का विवरण

बैंक का नाम: ______________________________

शाखा: ______________________________

खाता धारक का नाम: ______________________________

खाता क्रमांक:

IFSC:

सहायता का विवरण

मैं निम्न प्रयोजन हेतु राज्य निधि से सहायता प्राप्त करना चाहता/चाहती हूँ:

☐ खेलकूद गतिविधि

☐ सांस्कृतिक गतिविधि

▯ चिकित्सा सहायता

▯ सहायक उपकरण मरम्मत

▯ शोध पत्र प्रस्तुति

▯ विशेष वित्तीय सहायता

▯ अन्य ___________________

कार्यक्रम/प्रयोजन का विवरण

कार्यक्रम / प्रयोजन का नाम: ____________________________

कार्यक्रम / प्रयोजन कास्तर :

राज्य स्तरीय	राष्ट्रीय स्तरीय	अंतरराष्ट्रीय स्तरीय

आयोजक संस्थाका नाम : _______________________________________

कार्यक्रम / प्रयोजन किसके द्वारा मान्यता प्राप्त : ____________________________

स्तर	मान्यता प्राप्त
राज्य	राज्य शासन / राज्य खेल संघ / कला परिषद
राष्ट्रीय	भारत सरकार / मंत्रालय / राष्ट्रीय खेल संघ / मान्यता प्राप्त राष्ट्रीय संस्था
अंतरराष्ट्रीय	अंतरराष्ट्रीय महासंघ / भारत सरकार द्वारा आयोजित

कार्यक्रम / प्रयोजन का स्थान: ____________________________

कार्यक्रम / प्रयोजन की अवधि: ____________________________

कार्यक्रम / प्रयोजन में रैंक : _________________________

कार्यक्रम / प्रयोजन में प्राप्त पदक (यदि पदक प्राप्त किया है) :

स्वर्ण पदक	रजत पदक	कांस्य पदक

कार्यक्रम / प्रयोजन का विवरण :

____

____

वित्तीय विवरण

कुल व्यय राशि / अनुमानित राशि रू.: ________________________________

- ▯ यात्रा व्यय राशि रू. _______________________
- ▯ बोर्डिंग व्यय राशि रू. _______________________
- ▯ पंजीयन शुल्क राशि रू. _______________________
- ▯ अन्य आकस्मिक व्यय राशि रू. _______________________
- ▯ अन्य प्रयोजनों हेतु वास्तविक व्यय राशि रू. _______________________

अन्य स्रोत से प्राप्त सहायता राशि रू.: ________________________________

स्वयं का अंशदान राशि रू.: ________________________________

राज्यनिधि से अपेक्षित सहायता राशि रू.: ________________________________

संलग्न दस्तावेज (कार्यक्रम / प्रयोजन संबंधित दस्तावेज संलग्न करें) **(चैक बॉक्स में टिक करें)**

▯ समग्र आईडी	▯ UDID कार्ड	▯ आधार कार्ड
▯ बैंक पासबुक	▯ पासपोर्ट साइज फोटो	▯ वार्षिक आय प्रमाण-पत्र
▯ प्रतियोगिता/कार्यक्रम प्रमाण-पत्र	▯ आमंत्रण पत्र	▯ अनुमतिपत्र / स्वीकृति पत्र
▯ व्यय संबंधी समस्त दस्तावेज (यात्रा / बोर्डिंग / पंजीयन शुल्क/ अन्य आकस्मिक व्यय / अन्य प्रयोजनों हेतु वास्तविक व्ययसंबंधी दस्तावेज)	▯ चिकित्सा दस्तावेज	▯ शोध पत्र/नवाचार
▯ अन्य ________________		

घोषणा

मैं, ______________________________ पुत्र/पुत्री/पत्नी _________________________, निवासी ____, यह सत्यापित एवं घोषित करता/करती हूँ कि—

1. मेरे द्वारा आवेदन पत्र में प्रदान की गई समस्त जानकारी मेरे सर्वोत्तम ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार सत्य, सही एवं पूर्ण है।
2. आवेदन के साथ संलग्न सभी दस्तावेज वास्तविक, वैध एवं प्रमाणित हैं। किसी भी प्रकार की गलत, भ्रामक अथवा जाली जानकारी/दस्तावेज प्रस्तुत नहीं किए गए हैं।
3. मैं इस आवेदन में वर्णित उद्देश्य हेतु राज्य निधि से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का पात्र हूँ तथा इस मद के लिए किसी अन्य शासकीय योजना/विभाग से समान उद्देश्य हेतु वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं की है। यदि प्राप्त की है, तो उसकी जानकारी आवेदन में सही-सही अंकित की गई है।
4. राज्य निधि से प्राप्त सहायता राशि का उपयोग केवल स्वीकृत उद्देश्य हेतु ही किया जाएगा।
5. यदि आवेदन में दी गई कोई जानकारी अथवा दस्तावेज असत्य, अपूर्ण या भ्रामक पाए जाते हैं, तो मेरा आवेदन निरस्त किया जा सकता है तथा विभाग द्वारा नियमानुसार की जाने वाली कार्यवाहीमुझे स्वीकार होगी।
6. मैं विभाग को मेरे द्वारा प्रस्तुत जानकारी एवं दस्तावेजों का सत्यापन संबंधित विभागों, संस्थाओं, Samagra Portal, UDID/SPARSH Portal, बैंक अथवा अन्य अधिकृत स्रोतों से करने हेतु सहमति प्रदान करता/करती हूँ।
7. मैं यह भी सहमति प्रदान करता/करती हूँ कि स्वीकृत वित्तीय सहायता राशि Direct Benefit Transfer (DBT) के माध्यम से मेरे आवेदन में दर्ज बैंक खाते में अंतरित की जाये।
8. विभाग द्वारा मांगे जाने पर मैं अतिरिक्त जानकारी अथवा दस्तावेज उपलब्ध कराने हेतु बाध्य रहूँगा/रहूँगी।

सहमति (Consent)

▯ मैं उपरोक्त घोषणा को पढ़कर समझ चुका/चुकी हूँ तथा इससे पूर्णतः सहमत हूँ।

▯ मैं अपने व्यक्तिगत विवरणों के उपयोग एवं सत्यापन हेतु विभाग को सहमति प्रदान करता/करती हूँ।

स्थान (Place): ____________________

दिनांक (Date): ____ / ____ / ______

आवेदक का नाम: ____________________________

मोबाइल नंबर: ________________________________

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर

राज्य दिव्यांग निधि अंतर्गत वित्तीय सहायता हेतु आवेदन पत्र (संस्था/NGO हेतु)

प्रति,

कलेक्टर,

जिला :- ___________________,

मध्यप्रदेश

संस्था का विवरण

• संस्था का नाम: ____

• संस्था का प्रकार:

• अधिनियम जिसके अंतर्गत पंजीयन है: ____________________________

• पंजीयन क्रमांक: ____________________________

• पंजीयन दिनांक: ____________________________

• विभागीय पोर्टल का WIM Code: ____________________________

• NGO Darpan ID: ____________________________

• विभागीय मान्यता क्रमांक: ____________________________

• विभागीय मान्यता दिनांक: ____________________________

• विभागीय मान्यता की वैधता दिनांक : ____________________________

• विभागीय मान्यता किस कार्य/क्षेत्र हेतु प्रदान की गई है : ____________________________

पता एवं संपर्क

• पूरा पता: ____

• जिला: ____________________________

• संस्था प्रभारी का नाम: ____________________________

• मोबाइल: ____________________________

• संस्था का ई-मेल आईडी : ____

पदाधिकारियों का विवरण

• अध्यक्षका नाम: ___________________________________

• सचिव का नाम: ____________________________________

• कोषाध्यक्ष का नाम: _________________________________

गतिविधियाँ

• प्रमुख गतिविधियाँ: ____

• कार्य अनुभव (वर्ष): ____________________________

• लाभार्थियों की संख्या: ____________________________

परियोजना विवरण

• परियोजना नाम: ____________________________

• उद्देश्य: ____________________________

• स्थान: ____________________________

• अवधि: ____________________________

• विस्तृत विवरण : ____

वित्तीय विवरण

• कुल परियोजना लागत: ____________________________

• संस्था अंशदान: ____________________________

• अन्य सहायता: ____________________________

• विभाग से अपेक्षित सहायता राशि: ______________________________

बैंक विवरण

• बैंक नाम: ______________________________

• खाता क्रमांक: ______________________________

• IFSCode: ______________________________

संलग्न दस्तावेज **(चैक बॉक्स में टिक करें)**

- [ ] पंजीयनप्रमाण-पत्र
- [ ] ऑडिटरिपोर्ट
- [ ] परियोजनाप्रस्ताव
- [ ] बैंक दस्तावेज
- [ ] दर्पण पोर्टल का पंजीयन प्रमाण-पत्र
- [ ] विभागीय मान्यता आदेश
- [ ] विभाग से अनुमति पत्र / स्वीकृति पत्र अन्य दस्तावेज

घोषणा-पत्र (Declaration)

हम यह सत्यापित एवं घोषित करते है कि—

1. हमारे द्वारा आवेदन पत्र में प्रदान की गई समस्त जानकारी हमारे सर्वोत्तम ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार सत्य, सही एवं पूर्ण है।
2. आवेदन के साथ संलग्न सभी दस्तावेज वास्तविक, वैध एवं प्रमाणित हैं। किसी भी प्रकार की गलत, भ्रामक अथवा जाली जानकारी/दस्तावेज प्रस्तुत नहीं किए गए हैं।
3. संस्था इस आवेदन में वर्णित उद्देश्य हेतु राज्य निधि से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का पात्र है तथा इस मद के लिए किसी अन्य शासकीय योजना/विभाग से समान उद्देश्य हेतु वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं की है। यदि प्राप्त की है, तो उसकी जानकारी आवेदन में सही-सही अंकित की गई है।
4. राज्य निधि से प्राप्त सहायता राशि का उपयोग केवल स्वीकृत उद्देश्य हेतु ही किया जाएगा।
5. यदि आवेदन में दी गई कोई जानकारी अथवा दस्तावेज असत्य, अपूर्ण या भ्रामक पाए जाते हैं, तो आवेदन निरस्त किया जा सकता है तथा विभाग द्वारा नियमानुसार की जाने वाली कार्यवाही हमेंस्वीकार होगी।

6. विभाग को हमारे द्वारा प्रस्तुत जानकारी एवं दस्तावेजों का सत्यापन संबंधित विभागों, संस्थाओं, बैंक अथवा अन्य अधिकृत स्रोतों से करने हेतु सहमति प्रदान करते है।
7. हम यह भी सहमति प्रदान करते है कि स्वीकृत वित्तीय सहायता राशि Direct Benefit Transfer (DBT) के माध्यम से आवेदन में दर्ज संस्था के बैंक खाते में अंतरित की जाये।
8. जिला अधिकारी / विभाग द्वारा मांगे जाने पर हम अतिरिक्त जानकारी अथवा दस्तावेज उपलब्ध कराने हेतु बाध्य रहेंगे।

सहमति (Consent)

 उपरोक्त घोषणा को पढ़कर समझ चुके है तथा इससे पूर्णतः सहमत है।

हम अपने व्यक्तिगत व संस्था के विवरणों के उपयोग एवं सत्यापन हेतु विभाग को सहमति प्रदान करते है।

स्थान (Place): ________________

दिनांक (Date): ___ / ___ / _____

सचिव हस्ताक्षर :	अध्यक्ष हस्ताक्षर :
सचिव का नाम :	अध्यक्ष का नाम :
मोबाइल नंबर:	मोबाइल नंबर:

कलेक्टर कार्यालय एवं संयुक्त / उप संचालक, सामाजिक न्याय एवं दिव्यांगजन सशक्तिकरण,

जिला, ______________________

राज्यदिव्यांग निधि अंतर्गत व्यक्ति को वित्तीय सहायता हेतु जिला स्तरीय अनुशंसा पत्र

पत्र क्रमांक: ___________ दिनांक:

प्रति,

आयुक्त,
सामाजिक न्याय एवं दिव्यांगजन सशक्तिकरण संचालनालय,
लिंक रोड नम्बर-3, भोपाल, म.प्र., पिन - 462016

विषय: राज्य निधि अंतर्गत वित्तीय सहायता स्वीकृत किए जाने हेतु अनुशंसा।
संदर्भ: श्री सुश्री श्रीमती संस्था प्राप्त आवेदन दिनांक ________________

आवेदक /संस्था _________________समग्र आईडी ___________से राज्य निधि अंतर्गत प्राप्त आवेदन का जिला स्तर पर परीक्षण, अभिलेख सत्यापन एवं पात्रता परीक्षण किया गया। परीक्षण उपरांत निम्नानुसार विवरण प्रस्तुत है—

1. आवेदक का विवरण

विवरण	जानकारी
समग्र सदस्य आईडी :	
आवेदक का नाम :	
पिता/पति का नाम :	
UDID क्रमांक :	
दिव्यांगता का प्रकार :	
दिव्यांगता प्रतिशत :	
मोबाइल नंबर :	
जिला :	
पूर्ण पता :	

2. सहायता का प्रयोजन

सहायता श्रेणी:
प्रयोजन का विवरण:

3. बैंक खाते का विवरण

विवरण	जानकारी
बैंक का नाम :	
शाखा :	
खाता संख्या :	
IFSC Code:	
खाता धारक का नाम :	

4. वित्तीय विवरण

विवरण	राशि (₹)
कुल अनुमानित व्यय :	
अन्य स्रोतों से प्राप्त सहायता :	
जिला स्तर पर अनुशंसित सहायता राशि :	

अनुशंसित राशि
₹ अनुशंसित सहायता राशि/-(रुपये अनुशंसित सहायता राशिशब्दों मेंमात्र)

5. जिला स्तरीय परीक्षण प्रतिवेदन

1. आवेदन में प्रस्तुत समस्त अभिलेखों का परीक्षण किया गया।
2. आवेदक का समग्र पोर्टल पर आधार ई-केवायसी है।
3. आवेदक स्पर्श पोर्टल पर सत्यापित है व UDID दर्ज है।
4. आवेदक द्वारा चाही गयी सहायता के सम्बन्ध में मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी /सक्षम जिला मेडिकल बोर्ड का अनुशंसा पत्र संग्लन है/आवश्यक नहीं है
5. आवेदक द्वारा चाही गयी सहायता जिला/ निकाय स्तर पर प्रचलित किसी अन्य शासकीय योजना /निधि से प्रदाय किया जाना संभव नहीं हो पा रहा है

6. आवेदक राज्य निधि के प्रावधानों के अनुसार पात्र पाया गया।
7. प्रस्तुत प्रयोजन वास्तविक एवं सहायता प्रदान किए जाने योग्य पाया गया।
8. आवेदन में उल्लिखित बैंक खाते का सत्यापन किया गया।
9. जिला स्तर पर प्रकरण का परीक्षण उपरांत राज्य निधि से सहायता प्रदान किए जाने की अनुशंसा की जाती है।

अतः उपरोक्त विवरणानुसार दिव्यांगजन का नाम .... को राज्य निधि अंतर्गत अनुशंसित सहायता राशि**/- ₹ .... (अंको में) (**अनुशंसित सहायता राशि **शब्दों में मात्र) (रुपये ....) (शब्दों में)** की वित्तीय सहायता स्वीकृत किए जाने हेतु प्रकरण संचालनालय स्तर पर विचारार्थ एवं स्वीकृति हेतु अनुशंसित किया जाता है।

(eSign)	(eSign)
नाम :	नाम :
पदनाम : संयुक्त संचालक / उप संचालक/सहायक संचालक	पदनाम : कलेक्टर
जिला : जिले का नाम	जिला : जिले का नाम
मोबाइल नम्बर :	मोबाइल नम्बर :

कलेक्टर कार्यालय एवं संयुक्त / उप संचालक, सामाजिक न्याय एवं दिव्यांगजन सशक्तिकरण,

जिला, ______________________________

राज्य दिव्यांग निधि अंतर्गत संस्था को वित्तीय सहायता हेतु जिला स्तरीय अनुशंसा पत्र

पत्र क्रमांक: ___________ दिनांक:

प्रति,

आयुक्त,
सामाजिक न्याय एवं दिव्यांगजन सशक्तिकरण संचालनालय,
लिंक रोड नम्बर-3, भोपाल, म.प्र., पिन - 462016

विषय: राज्य निधि अंतर्गत वित्तीय सहायता स्वीकृत किए जाने हेतु अनुशंसा।
संदर्भ: संस्था से प्राप्त आवेदन दिनांक ______________

आवेदक (संस्था)_________________________ से राज्य निधि अंतर्गत प्राप्त आवेदन का जिला स्तर पर परीक्षण, अभिलेख सत्यापन एवं पात्रता परीक्षण किया गया। परीक्षण उपरांत निम्नानुसार विवरण प्रस्तुत है—

1. आवेदक का विवरण

विवरण	जानकारी
संस्था का नाम:	
संस्था का प्रकार :	
अधिनियम जिसके अंतर्गत पंजीयन है:	
पंजीयन क्रमांक :	
पंजीयन दिनांक :	
विभागीय पोर्टल का WIM Code :	
NGO Darpan ID:	
विभागीय मान्यता क्रमांक:	
विभागीय मान्यता दिनांक:	
विभागीय मान्यता किस क्षेत्र हेतु प्रदान की गई है :	

विवरण	जानकारी
जिला :	
पूर्ण पता :	

2. सहायता का प्रयोजन

सहायता श्रेणी :
प्रयोजन का विवरण:

3. बैंक खाते का विवरण

विवरण	जानकारी
बैंक का नाम :	
शाखा :	
खाता संख्या :	
IFSC Code :	
खाता धारक का नाम :	

4. वित्तीय विवरण

विवरण	राशि (₹)
कुल अनुमानित व्यय :	
अन्य स्रोतों से प्राप्त सहायता :	
जिला स्तर पर अनुशंसित सहायता राशि :	

अनुशंसित राशि

₹ अनुशंसित सहायता राशि/-(रुपये अनुशंसित सहायता राशिशब्दों मेंमात्र)

5. जिला स्तरीय परीक्षण प्रतिवेदन

1. आवेदन में प्रस्तुत समस्त अभिलेखों का परीक्षण किया गया।
2. संस्था वर्तमान में सुचारू रूप से संचालित हो रही है एवं विभागीय मान्यता प्राप्त है।

3. संस्था विभागीय पोर्टल पर रजिस्टर है व संस्था का मोबाइल एप्प से निरीक्षण भी किया जा रहा है।
4. संस्था राज्य निधि के प्रावधानों के अनुसार पात्र पाया गया।
5. प्रस्तुत प्रयोजन वास्तविक एवं सहायता प्रदान किए जाने योग्य पाया गया।
6. आवेदक द्वारा चाही गयी सहायता के सम्बन्ध में मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी /सक्षम जिला मेडिकल बोर्ड का अनुशंसा पत्र ,संग्लन है/आवश्यक नहीं है।
7. आवेदक द्वारा चाही गयी सहायता जिला/ निकाय स्तर पर प्रचलित किसी अन्य शासकीय योजना /निधि से प्रदाय किया जाना संभव नहीं हो पा रहा है।
8. आवेदन में उल्लिखित बैंक खाते का सत्यापन किया गया।
9. जिला स्तर पर प्रकरण का परीक्षण उपरांत राज्य निधि से सहायता प्रदान किए जाने की अनुशंसा की जाती है।

अतः उपरोक्त विवरणानुसार संस्था का नाम .... को राज्य निधि अंतर्गत अनुशंसित सहायता राशि**/- ₹ .... (अंको में)** **(**अनुशंसित सहायता राशि **शब्दों में मात्र) (रुपये ....) (शब्दों में)** की वित्तीय सहायता स्वीकृत किए जाने हेतु प्रकरण संचालनालय स्तर पर विचारार्थ एवं स्वीकृति हेतु अनुशंसित किया जाता है।

(eSign)	(eSign)
नाम :	नाम :
पदनाम : संयुक्त संचालक / उप संचालक/सहायक संचालक	पदनाम : कलेक्टर
जिला :	जिला :
मोबाइल नम्बर :	मोबाइल नम्बर :