

मुख्यमंत्री कोविड-19 योद्धा कल्याण योजना

आवेदन पत्र

प्रति,

कार्यालय प्रमुख,
कार्यालय.....
विभाग.....
जिला इंदौर, म.प्र

दावेदार का फोटो
स्व हस्ताक्षरित
चस्पा करें।

विषय: मुख्यमंत्री कोविड-19 योद्धा कल्याण योजना अंतर्गत दावें की स्वीकृति के संबंध में आवेदन पत्र।

उपरोक्त विषयांतर्गत मुख्यमंत्री कोविड-19 योद्धा कल्याण योजना अंतर्गत निम्न विवरण अनुसार दावा स्वीकृत किये जाने हेतु निम्नानुसार आवेदन पत्र प्रस्तुत है:-

1.	नामांकित/ दावेदार का नाम पूरा नाम(आधार कार्ड अनुसार)	:	
2.	नामांकित/ दावेदार का मृतक से संबंध (आधार कार्ड/ निर्वाचन कार्ड) प्रमाणित प्रति	:	
3.	वर्तमान पता	:	
4.	दुरभाष/ मोबाईल नंबर	:	
5.	स्थाई पता	:	
6.	दुरभाष/ मोबाईल नंबर	:	
7.	मृतक पूरा का नाम(आधार कार्ड/ सेवाअभिलेख अनुसार)	:	
8.	पद नाम	:	
9.	पदस्थी कार्यालय स्थान/ कार्यालय	:	
10.	विभाग/ कार्यालय का नाम	:	
	विभाग का नाम	:	
	कार्यालय का पता:	:	
	ई मेल	:	
	दुरभाष क्रं.	:	

11. निम्नानुसार दस्तावेजों/ प्रपत्रों की मूल अथवा प्रमाणित प्रति संलग्न है:- ✓ चिन्ह लगावें।
1. मृतक का पहचान प्रमाण (प्रमाणित प्रति)
 2. दावेदार का पहचान प्रमाण (प्रमाणित प्रति)
 3. मृतक व दावेदार के बीच संबंधों का प्रमाण पत्र (प्रमाणित प्रति)
 4. "अ" श्रेणी के आवेदन के लिये प्रयोगशाला रिपोर्ट जिसमें यह प्रमाणित किया गया हो की कोविड-19 (मूल या प्रमाणित प्रति) के परीक्षण में सकारात्मक परिणाम आये थे।
 5. जिस अस्पताल में मृत्यु हुई हो उस अस्पताल का निर्गत मृत्यु सारांश (प्रमाणित प्रति)
 6. मृत्यु प्रमाण पत्र (मूल प्रति)
 7. "ब" श्रेणी के आवेदन के लिये पोस्ट मार्टम रिपोर्ट(प्रमाणित प्रति)
 8. "ब" श्रेणी के आवेदन के लिये एफ.आई.आर. (प्रमाणित प्रति)
 9. रद्द (कैंसिल) किया हुआ गया चेक (मूल प्रति)
 10. संबंधित कार्यालय द्वारा जारी प्रमाण पत्र जिसमें यह प्रमाणित किया गया हो कि मृतक उसी कार्यालय का कर्मचारी था/ कार्यरत था एवं कोविड-19 के रोकथाम हेतु कार्य कर रहा था। (मूल प्रति)

दावेदार के हस्ताक्षर.....

नाम.....

मोबाइल/ दुरभाष क्रमांक.....

कार्यालय का नाम.....

जिला इंदौर, म.प्र.

क्रमांक.....

इंदौर, दिनांक

जापन सह प्रमाण पत्र

प्रति,

कलेक्टर एवं जिला दण्डाधिकारी

जिला इंदौर, म.प्र.

विषय: मुख्यमंत्री कोविड-19 योद्धा कल्याण योजना अंतर्गत दावें की स्वीकृति के संबंध में आवेदन पत्र वांछित प्रमाण सहित अग्रेषित किये जाने के संबंध में।

उपरोक्त विषयांतर्गत मुख्यमंत्री कोविड-19 योद्धा कल्याण योजना अंतर्गत दावेदार*

श्री/श्रीमती/कु.....पिता/पति.....द्वारा,

मृतक श्री/श्रीमती/कु.....पदनाम.....

पदस्थी कार्यालय.....जिला इंदौर,

म.प्र. की मृत्यु दिनांक.....को हो जाने से आवेदन पत्र मय सहपत्रों के प्रस्तुत

किया गया है।

2/ उक्त प्रस्तुत आवेदन पत्र के संबंध में कार्यालयीन अभिलेखों एवं दस्तावेजों के आधार पर यह प्रमाणित किया जाता है, कि मृतक नाम.....

पदनाम.....कार्यालय/ विभाग का कर्मचारी था/ कार्यरत था एवं कोविड-19

के रोकथाम हेतु कार्य कर रहा था। अतः दस्तावेजों/ अभिलेखों के सत्यापन एवं पूर्ण संतुष्टी उपरांत

दावेदार का आवेदन पत्र स्वीकृति की अनुशंसा के साथ मय सहपत्रों के आपकी ओर आगामी

आवश्यक कार्यवाही हेतु अग्रेषित किया जाता है।

संलग्न:- उपरोक्तानुसार कुल.....प्रपत्र ।

अग्रेषण अधिकारी के हस्ताक्षर.....

नाम.....पद नाम.....

मोबाइल/ दुरभाष क्रमांक.....

ई मेल.....

(कार्यालय प्रमुख)

नोट:- *दावेदार:- दावा राशि हेतु पात्रता के क्रम में पति/ पत्नी (जैसी भी स्थिती हो) प्रथम हकदार होंगे। इनके न रहने की स्थिती में विधिक सन्तानों (विवाहित पुत्री को छोड़कर) एक से अधिक होने पर बराबर राशि, विधवा/ परित्यक्ता, पुत्री/ विधवा पुत्र वधु(यदि वह पूर्णतः आश्रित हो) माता पिता, भाई-बहन (यदि वह पूर्णतः आश्रित हो) को क्रमिक रूप से दावा राशि हेतु पात्रता होगी।