



छत्तीसगढ़ माध्यमिक शिक्षा मण्डल, रायपुर

शिक्षक कल्याण कोष से मृतक आर्थिक सहायता के लिए आवेदन पत्र

शिक्षक/शिक्षिका की मूल्यांकन एवं परीक्षा संचालन के समय मृत्यु होने पर दी जाने वाली सहायता हेतु

आवेदन पत्र

1. मृत शिक्षक/शिक्षिका का नाम व पद :-
2. कार्यरत संस्था का नाम :-
3. आश्रित आवेदक का नाम :-
4. मृतक से संबंध :-
5. मूल्यांकन केन्द्र/परीक्षा संचालन केन्द्र पर घटना का विवरण :-
6. मृतक को परीक्षा संबंधी आबटित कार्य विवरण :-
7. मृतक के आश्रित परिवार का विवरण :-
- विद्यालय में संधारित अभिलेखानुसार :-
 1. नाम संबंध
 2. नाम संबंध
 3. नाम संबंध
 4. नाम संबंध
8. क्या आपके द्वारा शासन/बीमा कंपनी/अन्य एजेंसी में दावा प्रस्तुत किया गया है - **हाँ/नहीं**
यदि हाँ तो शासन/बीमा कंपनी/अन्य एजेंसी में दावा हेतु प्रस्तुत राशि एवं प्राप्त राशि का विवरण -
 1. शासन/बीमा कंपनी/अन्य एजेंसी का नाम
 2. दावा की गई राशि एवं प्राप्त राशि रू0
9. मृतक के आश्रित के बैंक का नाम
- आश्रित के बैंक खाता क्रमांक
- IFSC कोड

घोषणा पत्र

..... मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे/मेरी-पिता/पति/पत्नि

..... संस्था में मृत्यु के समय कार्यरत थे। उनके विषय में मेरे द्वारा दिया गया विवरण एवं जानकारी सत्य है। मण्डल से राशि प्राप्ति उपरांत मण्डल को राशि प्राप्ति वितरण की जानकारी मेरे द्वारा प्रदान की जायेगी।

आश्रित आवेदक के हस्ताक्षर

10. उपरोक्त विवरण सही है। प्रमाण संलग्न है। सहायता के लिये अनुशंसा की जाती है।
संस्था के प्राचार्य का प्रमाणीकरण

हस्ताक्षर

(नाम व पदमुद्रा)

11. मूल्यांकन केन्द्राधिकारी/परीक्षा संचालन केन्द्र के प्राचार्य का प्रमाणीकरण

हस्ताक्षर

(नाम व पदमुद्रा)

12. जिला शिक्षा अधिकारी का प्रमाणीकरण

हस्ताक्षर

(नाम व पदमुद्रा)

1. मृत्यु प्रमाण पत्र।
2. आश्रित के बैंक खाता क्रमांक की अभिप्रमाणित छायाप्रति।



छत्तीसगढ़ माध्यमिक शिक्षा मण्डल, रायपुर

शिक्षक कल्याण कोष से बीमारी हेतु आर्थिक सहायता के लिए आवेदन पत्र

(शिक्षक कल्याण कोष से आर्थिक सहायता केवल उन्हीं शिक्षकों के लिये जो मण्डल के मूल्यांकन कार्य/परीक्षा संबंध कार्यों में संलग्न है।)

- आवेदक का नाम व पद :-
- आवेदक का कार्यरत संस्था का नाम :-
- आवेदक का नियुक्ति दिनांक :-
- मूल्यांकन कार्य / परीक्षा संबंधी कार्य विवरण
क्र० परीक्षक क्रमांक/आबंटित कार्य वर्ष मू.के./संस्था का नाम प्राप्त मानदेय
1.
2.
3.
4. मूल्यांकन केन्द्र क्रमांक/संस्था कोड
- (अ) क्या स्वयं के लिए सहायता राशि चाहिये
(ब) यदि नहीं तो परिवार के आश्रित सदस्य का विवरण :-
नाम : संबंध उम्र :
- आवेदक परिवार के आश्रित सदस्यों का विवरण एवं संबंध :- (शासकीय अभिलेखानुसार)
1. नाम संबंध 2. नाम संबंध
3. नाम संबंध 4. नाम संबंध
- कौन सी बीमारी के लिये सहायता चाही गई है
(सक्षम चिकित्सक का प्रमाण-पत्र संलग्न करें)
- स्वयं के लिए आवेदन किया है तो बीमारी का कारण :-
(सक्षम चिकित्सक का प्रमाण-पत्र का एवं प्राचार्य का प्रमाण-पत्र संलग्न करें)
- उपचार शासकीय अस्पताल में अथवा प्राइवेट
अस्पताल में किया जा रहा है। क्या आपको **Reimbursement** की पात्रता है।
- उपचार पर कितना व्यय किया गया/बिल की मूलप्रति बिल नं० सहित।
(प्रमाण-पत्र सह प्रस्तुत करें)
- क्या आपने पूर्व में मण्डल से आर्थिक सहायता प्राप्त की थी।
यदि हाँ तो कब और कितनी
- क्या आपके द्वारा शासन/बीमा कंपनी/अन्य एजेंसी में सहायतार्थ दावा प्रस्तुत किया गया है - हाँ/नहीं
यदि हाँ तो शासन/बीमा कंपनी/अन्य एजेंसी में दावा हेतु प्रस्तुत राशि एवं प्राप्त राशि का विवरण -
1. शासन/बीमा कंपनी/अन्य एजेंसी का नाम
2. सहायतार्थ दावा की गई राशि एवं प्राप्त राशि रू०
- बैंक खाता क्रमांक संबंधी जानकारी
बैंक का नाम
बैंक खाता क्रमांक
IFSC कोड
- विशेष

हस्ताक्षर :

नाम :

विद्यालय का नाम :

एवं पता

स्थान :

दिनांक :

2
दस्तावेज

घोषणा – पत्र

1. मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मैं मण्डल द्वारा मान्यता प्राप्त/शासकीय संस्था में शिक्षक के रूप में पद पर दिनांक से कार्यरत हूँ। मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी पूर्णतः सत्य है। मेरे द्वारा अन्य स्रोत से (मूल विभाग द्वारा प्रतिपूर्ति/बीमा कम्पनी द्वारा) सहायता राशि हेतु दावा प्रस्तुत नहीं किया गया है।

स्थान :

दिनांक :

आवेदक के हस्ताक्षर

संस्था के प्राचार्य का प्रमाणीकरण

2. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि श्री/श्रीमती/कुमारी मेरी संस्था में पद पर कार्यरत हैं। इनके द्वारा प्रदान की गई जानकारी पूर्णतः सत्य है। इन्हें/इनके परिवार को सहायता के लिये अनुशंसा की जाती है।

प्राचार्य

.....
.....
.....

जिला शिक्षा अधिकारी/मुख्य कार्यपालन अधिकारी का प्रमाणीकरण

हस्ताक्षर

.....
.....
.....

चिकित्सक का प्रमाणीकरण

3. मैं डॉ० प्रमाणित करता/करती हूँ कि श्री/श्रीमती/सुश्री उम्र रोग से पीड़ित है/थी। इनका उपचार मेरे द्वारा किया जा रहा है/गया है। (रोग के उपचार एवं जांच पत्र संलग्न है।)

हस्ताक्षर

.....
.....
.....

संलग्न

1. चिकित्सा प्रमाण-पत्र।
2. अधिकृत चिकित्सक की परीक्षण रिपोर्ट।
3. भुगतान बिल की मूलप्रति।
4. स्वयं के बैंक खाता क्रमांक की अभिप्रमाणित छायाप्रति।
5. शासन/बीमा कंपनी/अन्य एजेंसी से प्राप्त राशि अथवा दावा की गई राशि की अभिप्रमाणित छायाप्रति।