

योजना आवेदनों हेतु भौतिक सत्यापन प्रपत्र

खण्ड - अ

(सभी श्रमिकों के भौतिक सत्यापन हेतु आवश्यक)

सत्यापन दिनांक

क्र.स	पंजीयन संख्या	
1.	हिताधिकारी का नाम मोबाईल नम्बर	
2.	पिता/माता/पति/पत्नी का नाम	
3.	ग्राम/शहर/पंचायत समिति/वार्ड एवं जिला	
4.	क्या श्रमिक सामान्यतः भवन निर्माण कार्य जैसे कारीगर, बेलदार, नल फिटिंग, बढई, पेटिंग, मिट्टी खुदाई, सडक निर्माण आदि कार्य करता है अथवा कृषि,धोबी, चर्मकार, हमाल,दर्जी, हलवाई,बीडी निर्माण, पापड निर्माण, कपडा रंगाई, छपाई, रिक्शा ठेला चलाने, घरेलू कार्य या अन्य गैर निर्माण कार्य में सामान्यतः नियोजित है/रहा है। हिताधिकारी का कार्य स्पष्ट रूप से अंकित करें।	
5.	क्या हिताधिकारी ने उल्लेखित वर्षों में कमठा/भवन निर्माण का कार्य किया था। (वर्षवार ✓ करें)	वर्ष 2015 (हॉ/नहीं) वर्ष 2019 (हॉ/नहीं) वर्ष 2016 (हॉ/नहीं) वर्ष 2020 (हॉ/नहीं) वर्ष 2017 (हॉ/नहीं) वर्ष 2021 (हॉ/नहीं) वर्ष 2018 (हॉ/नहीं) वर्ष 2022 (हॉ/नहीं)
6.	निष्कर्ष	पंजीकृत हिताधिकारी निर्माण श्रमिक है <input type="checkbox"/> नही <input type="checkbox"/>
7.	विशेष टिप्पणी (यदि कोई हो)	

सत्यापनकर्ता	सत्यापनकर्ता	सत्यापनकर्ता
पद मोबाईल नं0	पद मोबाईल नं0	पद मोबाईल नं0
हस्ताक्षर	हस्ताक्षर	हस्ताक्षर

(श्रमिक के निर्माण श्रमिक होने की पुष्टि होने पर ही खण्ड-ब में किये गये सहायता आवेदन के अनुसार योजनावार प्रविष्टियों का इन्द्राज तथा दस्तावेज एवं तथ्यों का सत्यापन करें)

योजना आवेदनों हेतु भौतिक सत्यापन प्रपत्र
खण्ड - ब
(लंबित योजनावार आवेदनों के भौतिक सत्यापन हेतु आवश्यक)

घायल/मृत्यु/दुर्घटना मृत्यु सहायता योजना	सत्यापनकर्ता की टिप्पणी
<p>सत्यापन के दौरान निम्न दस्तावेजों का मूल से मिलान कर प्रति प्राप्त करें।</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. मृत्यु प्रमाण पत्र की प्रति। 2. घायल होने की स्थिति में हॉस्पिटल के डिस्चार्ज टिकट की प्रमाणित प्रति तथा आंशिक/पूर्ण स्थाई अपंगता की स्थिति में अपंगता प्रमाण पत्र की प्रति। <p>योजना की पात्रता एवं शर्तें -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. आवेदन घायल होने पर अस्पताल से डिस्चार्ज होने से अधिकतम 6 माह तथा मृत्यु होने की तिथि से अधिकतम 1 वर्ष में प्रस्तुत किया जा सकता है। 2. आत्महत्या या मादक द्रव्यों के सेवन से हुई मृत्यु अथवा कानून के उल्लंघन करके एक दूसरे हुई मारपीट या घायल होने पर हितलाभ देय नहीं है। अतः हिताधिकारी की घायल/मृत्यु की तिथि एवं कारण की जानकारी प्राप्त करे। 	

सत्यापनकर्ता	सत्यापनकर्ता	सत्यापनकर्ता
पद	पद	पद
मोबाईल नं०	मोबाईल नं०	मोबाईल नं०
हस्ताक्षर	हस्ताक्षर	हस्ताक्षर