

## अर्जाचा नमुना

(परिशिष्ट "अ")

दिव्यांग व्यक्तींना स्वयंरोजगारासाठी साधनसामग्री (Toolkit) घेण्यासाठी वित्तीय सहाय्य या योजनेसाठी अर्ज प्रति,

जिल्हा दिव्यांग सक्षमीकरण अधिकारी,  
दिव्यांग कल्याण विभाग,  
(जिल्ह्याचे नाव) \_\_\_\_\_

विषय: दिव्यांग व्यक्तींना स्वयंरोजगारासाठी साधनसामग्री (Toolkit) घेण्यासाठी आर्थिक सहाय्यासाठी अर्ज.

महोदय,

मी खालीलप्रमाणे नमूद केलेल्या माहितीच्या आधारे स्वयंरोजगार सुरु करण्यासाठी साधनसामग्री (Toolkit) घेण्यासाठी आर्थिक सहाय्य मिळावे, ही विनंती करीत आहे.

### १. अर्जदाराची वैयक्तिक माहिती:

१. पूर्ण नाव (मराठी व इंग्रजीत): \_\_\_\_\_
२. पत्ता: गाव \_\_\_\_\_ तालुका \_\_\_\_\_ जिल्हा \_\_\_\_\_  
पिन \_\_\_\_\_
३. जन्मतारीख: \_\_\_\_\_
४. वय: \_\_\_\_\_ वर्षे
५. मोबाईल क्रमांक: \_\_\_\_\_
६. ई-मेल (असल्यास): \_\_\_\_\_
७. लिंग: पुरुष / महिला / इतर
८. वैवाहिक स्थिती: अविवाहित / विवाहित / घटस्फोटीत / विधुर/विधवा
९. दिव्यांगत्वाचा प्रकार: \_\_\_\_\_
१०. दिव्यांगत्वाची टक्केवारी: \_\_\_\_\_ %
११. दिव्यांग प्रमाणपत्र क्रमांक व दिनांक: \_\_\_\_\_
१२. आधार क्रमांक: \_\_\_\_\_

## २. शैक्षणिक व व्यावसायिक माहिती:

१. शैक्षणिक पात्रता: \_\_\_\_\_

२. व्यावसायिक / कौशल्य प्रशिक्षण घेतल्याचा तपशील:

\_\_\_\_\_

३. संबंधित रोजगाराचा अनुभव असल्यास तपशील:

\_\_\_\_\_

## ३. प्रस्तावित व्यवसाय / रोजगाराची माहिती:

१. प्रस्तावित व्यवसायाचे नाव: \_\_\_\_\_

२. व्यवसायाचे स्वरूप (उदा. किराणा दुकान, हस्तकला, शिवणकाम, संगणक सेवा, इत्यादी):

\_\_\_\_\_

३. व्यवसाय सुरु करण्यासाठी लागणारा अंदाजे खर्च: ₹

\_\_\_\_\_

४. व्यवसाय सुरु करण्यासाठी लागणारी साधने / उपकरणे यांचा तपशील:

\_\_\_\_\_

५. व्यवसाय सुरु करण्याचे ठिकाण: \_\_\_\_\_

६. जागा स्वतःची / भाड्याने / इतर: \_\_\_\_\_

## ४. आवश्यक कागदपत्रे (छायांकित प्रती संलग्न कराव्यात):

१. आधार संलग्न वैध वैश्विक ओळखपत्र (UDID) दिव्यांगत्व प्रमाणपत्र

२. आधारकार्ड

३. रहिवासी दाखला / अधिवास प्रमाणपत्र

४. प्रशिक्षण प्रमाणपत्र

५. पासपोर्ट आकाराचे दोन फोटो

६. टुलकिट खरेदी केल्याची पुरावा

७. आधार संलग्न बँक खात्याचा तपशील (पासबुक प्रत)

## ५. अर्जदाराची घोषणा:

मी खाली सही करणारा/करणारी अर्जदार खात्रीपूर्वक जाहीर करतो/करते की वरील सर्व माहिती खरी आहे. कोणतीही चुकीची माहिती दिल्यास मिळालेले सहाय्य शासनास परत करण्यास मी बांधील राहीन.

ठिकाण: \_\_\_\_\_

दिनांक: \_\_\_\_\_

अर्जदाराची सही / अंगठ्याचा ठसा: \_\_\_\_\_

### (केवळ कार्यालयीन वापरासाठी)

१. अर्ज प्राप्त क्रमांक: \_\_\_\_\_

२. अर्ज प्राप्त दिनांक: \_\_\_\_\_

३. तपासणी अधिकारी यांचे निरीक्षण: \_\_\_\_\_

४. शिफारस / नकाराचे कारण: \_\_\_\_\_

५. आदेश: \_\_\_\_\_

(स्वाक्षरी व शिक्का)

दिव्यांग कल्याण विभागाचा जिल्हा स्तरीय अधिकारी