

**कोविड-19 से मृत व्यक्ति के निकटतम आश्रित को अनुग्रह अनुदान के भुगतान हेतु
आवेदन प्रपत्र**

जिला का नाम -

अंचल का नाम -

1. मृतक का नाम -
2. मृतक के पिता/पति का नाम -
3. मृतक की आयु एवं लिंग -
4. मृतक का आधार संख्या (संलग्न करें) -
5. मृत्यु की तिथि -
6. मृत्यु का स्थान (जिला, राज्य) -
7. मृतक का पता -
8. क्या मृतक बिहार राज्य के निवासी थे/थी? (हाँ/नहीं) -
9. क्या मृत्यु कोविड-19 से हुई है? (हाँ/नहीं) -
10. अगर हुई है तो क्या आवेदक के द्वारा कोविड-19 से ग्रसित होने का साक्ष्य का विवरण संलग्न किया गया है? (हाँ/नहीं) -
11. मृत्यु का स्थल (प्राइवेट अस्पताल/सरकारी अस्पताल/होम आइसोलेशन/अन्य) -
12. मृत्यु के कारण का आधार -
13. मृत्यु प्रमाण-पत्र की प्रति संलग्न है? (हाँ/नहीं) -
14. क्या जिला स्तरीय शिकायत निवारण समिति के समक्ष पूर्व में दावा किया गया है? (साक्ष्य संलग्न करें) (हाँ/नहीं)-
15. आवेदक का नाम -
16. आवेदक के पिता/पति का नाम -
17. आवेदक का पता -
18. आवेदक के साथ मृतक का संबंध -
19. क्या मृतक की परिवारिक सूची संलग्न है? (संलग्न करें) (हाँ/नहीं) -
20. आवेदक का आधार संख्या (आधार की प्रति संलग्न करें) -
21. बैंक का नाम एवं खाता संख्या (IFSC Code सहित) -
22. आवेदक का मोबाईल नं० -

मृतक का
पासपोर्ट साईज
का फोटो

मृतक के आश्रित
का पासपोर्ट साईज
का फोटो

मैं पिता पता
..... शपथपूर्वक दावा करता/करती हूँ कि मृतक मेरा/मेरे/मेरी
(संबंध का उल्लेख करें) था/थे/थी तथा मैं उनका/उनकी निकटतम आश्रित हूँ एवं अनुग्रह अनुदान की राशि के
भुगतान हेतु सभी अर्हता रखता/रखती हूँ। उपरोक्त सभी तथ्य सही हैं तथा गलत पाए जाने पर मेरे विरुद्ध कार्रवाई
करने हेतु सक्षम प्राधिकार स्वतंत्र होगा तथा भुगतान की स्थिति में मेरे द्वारा प्राप्त पूर्ण राशि वापस कर दी जाएगी।

स्थान-.....

तिथि-.....

आवेदक का हस्ताक्षर

प्राप्ति रसिद

श्री/सुश्री/श्रीमती से कोविड-19 से मृत व्यक्ति के निकटतम आश्रित को अनुग्रह
अनुदान के भुगतान हेतु विहित प्रपत्र में आवेदन प्राप्त किया गया, जिसकी प्राप्ति संख्या है।

दिनांक-.....

प्राप्तकर्ता का हस्ताक्षर एवं पूरा नाम
(मुहर के साथ)