

श्री विजय कृष्ण सम्मेलन,
प्रमुख वित्त सचिव एवं
निदेशक,

उत्तर प्रदेश राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा निदेशालय,
लखनऊ।

सेवा में,

समस्त विभागाध्यक्ष तथा
प्रमुख कार्यालयाध्यक्ष,
उत्तर प्रदेश।

लखनऊ: 24 जन-1988

संख्या-सामूहिक बीमा-बे०फण्ड-31/1988

विषय:--विकलांग सरकारी सेवकों द्वारा सहायक उपकरणों के क्रय के लिए उत्तर प्रदेश इम्प्लॉईज बेनीवोलेंट फण्ड से सहायता।

महोदय

सेवारत विकलांग सरकारी सेवक समय-समय पर विकलांगता के लिए सहाय उपकरणों का क्रय करते हैं और इन उपकरणों के क्रय के लिए कभी-कभी उन्हें किसी भी खेत से कोई सहायता प्राप्त नहीं होती है। अतः यह निर्णय लिया गया है कि उत्तर प्रदेश राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा योजना से ग्राह्यता प्राप्त इन सरकारी सेवकों को विकलांगता के लिए क्रय किये गये सहायक उपकरणों के संबंध में उत्तर प्रदेश इम्प्लॉईज बेनीवोलेंट फण्ड से सहायता दी जाए। यह सहायता निम्न शर्तों व प्रतिबन्धों के अधीन होगी:--

- (1) यह सहायता विकलांगता के लिए सहायक उपकरण क्रय कर लेने के उपरांत देय होगी।
- (2) किसी भी विकलांग सरकारी सेवक द्वारा विकलांगता के लिए क्रय किये जाने वाले सहायक उपकरण के लिए सहायता की धनराशि की अधिकतम सीमा रु० 2,000.00 होगी। यदि क्रय किये गये सहायक उपकरण का मूल्य रु० 2,000.00 से कम है तो सहायता की धनराशि क्रय के वास्तविक मूल्य तक ही सीमित रहेगी। यदि किसी सहायक उपकरण रु० 2,000.00 अधिक है तो सहायता की धनराशि रु० 2,000.00 के वास्तविक मूल्य तक ही सीमित रहेगी। यदि किसी सहायक उपकरण का मूल्य रु० 2,000.00 से अधिक है तो इस संबंध में सहायता की धनराशि रु० 2,000.00 ही होगी।
- (3) जिस सहायक उपकरण के क्रय के संबंध में सहायता मांगी जा रही है उसके लिए किसी अन्य खेत से सहायता न प्राप्त हो।
- (4) सहायता के प्रार्थना-पत्र के साथ क्रय की रसीद की प्रमाणित फोटो कापी अवश्य संलग्न की जाए।
- (5) प्रार्थना-पत्र प्रस्तुत कर देने मात्र से प्रार्थी को सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं हो जायेगा। सहायता प्राप्त करने के लिये इस संबंध में निम्न प्रक्रिया अपनानी जाएगी:--

(1) सहायता के लिए प्रार्थना-पत्र संलग्नक-1 में भरकर के तीन प्रतियों में प्रशासकीय विभाग कार्यालयाध्यक्ष को प्रस्तुत किया जाना होगा।

(2) प्राप्त प्रार्थना-पत्र की तीन प्रतियों पर प्रशासकीय विभाग के अधिकारी/कार्यालयाध्यक्ष द्वारा प्रविष्टियां पूर्ण करके तथा हस्ताक्षर करके तीनों प्रतियां प्रशासकीय विभाग/विभागाध्यक्ष को भेजी जाएंगी।

प्रशासकीय विभाग/विभागाध्यक्ष तीनों प्रतियों को संलग्नक-2 के पत्र के साथ संयोजक, उत्तर प्रदेश इम्प्लॉईज बेनीवोलेंट फण्ड को भेजेंगे।

(4) संयुक्त निदेशक, उत्तर प्रदेश राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा निदेशालय, लखनऊ जो उत्तर प्रदेश इम्प्लॉईज बेनीवोलेंट फण्ड के संयोजक एवं कोषाध्यक्ष भी हैं, ऐसे प्रार्थना-पत्रों के प्राप्त होने पर, जो उपर्युक्त शर्तों व प्रतिबन्धों को पूरा करते हैं और जिनके संबंध में कोई विवाद न हो, सहायता की धनराशि के स्वीकृत आवेदन जारी करेंगे और भुगतान के लिए एकाउण्ट पेयी चेक जारी करेंगे।

(5) कोषाध्यक्ष द्वारा संलग्नक-1 की तीनों प्रतियों पर स्वीकृत धनराशि तथा चेक का सम्पूर्ण विवरण अंकित किया जाएगा, इसके उपरांत संलग्नक-1 की एक प्रति अपने कार्यालय में रोक करके संयुक्त निदेशक, सामूहिक बीमा निदेशालय। भुगतान का एकाउण्ट पेयी चेक तथा संलग्नक-1 की दो प्रतियां प्रशासकीय विभाग/विभागाध्यक्ष को भेजेंगे। प्रशासकीय विभाग/विभागाध्यक्ष द्वारा अपने कार्यालय में इस प्रयोजन हेतु रखे जा रहे रजिस्टर में प्रविष्टियों को अंकित किया जाएगा तथा संलग्नक-1 की एक प्रति रोक करके उनके कार्यालय में सुरक्षित रखी जाएगी। संलग्नक-1 की एक प्रति एकाउण्ट पेयी चेक सहित उस प्रशासकीय विभाग के अधिकारी/कार्यालयाध्यक्षों को भेजी जाएगी जिसने संलग्नक-1 के प्रार्थना-पत्र को प्रशासकीय विभाग/विभागाध्यक्ष को अप्रसारित किया है। चेक प्राप्त होने पर संबंधित अधिकारी उसे विकलांग सरकारी सेवक को प्राप्त करावेंगे।

और प्राप्त रसीद तीन प्रतियों में प्राप्त करेंगे। एक प्रति कोशाध्यक्ष, उत्तर प्रदेश इम्प्लाइज बेनीवोलेंट फण्ड को, एक प्रति संबंधित प्रशासकीय विभाग/कार्यालय/अध्यक्ष को भेजी जाएगी तथा एक प्रति उनके कार्यालय में सुरक्षित रहेगी। संयुक्त निदेशक अपने कार्यालय में इस प्रयोजन हेतु समुचित प्रभिलेख रखेंगे।

(6) जिन मामलों में इस शासनादेश की शर्तें पूरी न होती हैं, विवाद हो अथवा संवेह की स्थिति हो, उनमें प्रबंध समिति का निर्णय प्राप्त किया जाएगा जो अन्तिम होगा।

सहायता की यह योजना दिनांक 1-4-1988 से लागू होगी। उक्त तिथि को अथवा उसके पश्चात् यह योजना उन सभी सरकारी सेवकों पर लागू है/होगी जो उत्तर प्रदेश राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा योजना आच्छादित है/होंगे।

भवदीय,

विजय कृष्ण सक्सेना,
प्रमुख वित्त सचिव
एवं निदेशक,

संख्या सामूहिक बीमा-जे०फण्ड 31(1)/88 तद्विनांक।

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचना एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित-

- 1--सचिवालय के समस्त अनुभाग।
- 2--विधान सभा/विधान परिषद सचिवालय।
- 3--श्री राज्यपाल का सचिवालय।
- 4--महःलेखाकार, उत्तर प्रदेश-1, इलाहाबाद।

आज्ञा से,

जे० बी० सिंह,
संयुक्त निदेशक।

सेवा

प्रशासकीय विभाग/
कार्यालयाध्यक्ष, कार्यालय का नाम
व पूर्ण पता।

विषय:-- विकलांग सरकारी सेवकों द्वारा सहायक उपकरणों के क्रय के लिए उत्तर प्रदेश इम्प्लाइज बेनीवोलेंट फण्ड से सहायता।

महोदय,

निवेदन है कि मैं विकलांग सरकारी सेवक हूँ और वर्तमान में मैं विकलांगता के लिए सहायक उपकरण का प्रयोग कर रहा हूँ। मेरा विवरण निम्नवत् है:--

- 1--नाम
- 2--पिता/पति का नाम
- 3--पदनाम तथा वर्तमान
- 4--कार्यरत कार्यालय का पता तथा विभागाध्यक्ष का पदनाम व पता
- 5--विकलांगता का स्वरूप जिसके लिए सहायक उपकरण क्रय किया गया है
- 6--क्रय किये गये सहायक उपकरण का मूल्य
- 7--कहाँ से क्रय की गयी ?
- 8--क्रय की रसीद संख्या

व दिनांक

मैं क्रय की रसीद को राजपत्रित अधिकारी द्वारा प्रमाणित फोटो प्रति भी संलग्न कर रहा हूँ। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त सहायक उपकरण के क्रय के लिए कहीं से भी वित्तीय सहायता नहीं प्राप्त हुयी है। सहायता का यह प्रार्थना-पत्र प्रथम बार ही प्रस्तुत कर रहा हूँ।

आपसे प्रार्थना है कि उत्तर प्रदेश इम्प्लाइज बेनीवोलेंट फण्ड से अनुमन्य सहायता दिलाने का कष्ट करें।

प्रार्थी,

विकलांग सरकारी सेवक
के हस्ताक्षर व नाम

शासन के प्रशासकीय विभाग/
कार्यालयाध्यक्ष के कार्यालय के प्रयोगार्थ

मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त विवरण सही है और उपरोक्त विवरण के आधार पर इस कार्यालय के विकलांग सरकारी सेवक श्री/श्रीमती पदनाम को उत्तर प्रदेश इम्प्लाइज बेनीवोलेंट फण्ड से अनुमन्य सहायता दिये जाने की संस्तुति करता हूँ। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती

को उपरोक्त सहायक उपकरण क्रय के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता नहीं प्राप्त हुयी है तथा उत्तर प्रदेश इम्प्लाइज बेनीवोलेंट फण्ड से सहायता के लिए इससे पूर्व कोई प्रार्थना-पत्र नहीं भेजा गया है। विकलांगता तथा उसके लिए सहायक उपकरण की उपयोगिता के संबंध में मेरे प्राप्ति को आश्वस्त कर लिया है और सहायता की मांग उचित है।

प्रशासकीय विभाग के अधिकारी/

कार्यालयाध्यक्ष के हस्ताक्षर

हस्ताक्षरकर्ता का नाम

हस्ताक्षरकर्ता का पदनाम

कार्यालय की मुहर

ग्रामों स्तर पर प्राशासकीय
विभाग/विभागध्यक्ष,
कार्यालय का नाम व पूर्ण पता।

केवा नं.,

संतोषक,
उत्तर प्रदेश इन्प्लान्डिंग डेनीवोलेंट फण्ड,
विकास बीप, चतुर्थ तल (छठा लेवल),
22 स्टेशन रोड, लखनऊ

विषय:-विकलांग सरकारी सेबक भी/भीमती.....

कार्यालय का नाम परमाण
इन्प्लान्डिंग डेनीवोलेंट फण्ड के सहायता के प्रार्थना-पत्र का अपसারণ।

सहीरक,

उपर्युक्त विषय से संबंधित भी/भीमती.....के प्रार्थना-पत्र को अपसारित करने हेतु अनुसूच
है कि प्रार्थी को अनुसूच्य सहायता उत्तर प्रदेश इन्प्लान्डिंग डेनीवोलेंट फण्ड से स्वीकृत करने का कष्ट करें। मैं यह भी
प्रस्तावित करता हूँ कि प्रार्थना-पत्र का अपसারণ प्राप्त हो प्रथम बार ही किया जा रहा है और इससे पूर्व इस प्रयोजन हेतु उत्तर
प्रदेश इन्प्लान्डिंग डेनीवोलेंट फण्ड से सहायता का कोई चेक प्रार्थी के पास नहीं प्राप्त हुआ है।

दुपचा सहायता का चेक सीध में भेजें।

भवदीय,

शासकीय विभाग के अधिकारी।

विभागध्यक्ष के हस्ताक्षर.....

हस्ताक्षरकर्ता का नाम.....

हस्ताक्षरकर्ता का पता.....