



उल्हासनगर महानगरपालिका

दुरध्वनी क्र : २७२०११६, विस्तार क्र. : २०४ फॅक्स नं : ०२५१.२७२०१०४

अपंग कल्याण योजना कार्यालय

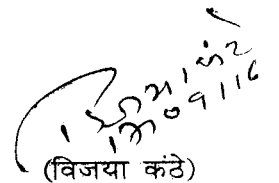
जाहिरात

शासन निर्णय क्र. संकीर्ण-२०१५/प्र.क्र.११८ /नवि-२०, मंत्रालय, मुंबई - ३२, यांचे दिनांक २८ ऑक्टोबर २०१५ नुसार उल्हासनगर महापालिका क्षेत्रातील अपंग व्यक्तींसाठी सन २०१६-२०१७ या वित्तीय वर्षासाठी खालील बाबींवर योजना राबविण्यात येणार आहे.

तरी महापालिका क्षेत्रातील अपंग व्यक्तींना त्यांचा लाभ होण्यासाठी खालील बाबींपैकी एका बाबीसाठी अपंग व्यक्तींकडून सोबत जोडलेल्या नमुन्यात अर्ज मागविण्यात येत आहे. सदर अर्जाचा नमुना महापालिकेच्या संकेतस्थळावर (www.unc.gov.in) प्रसिध्द करण्यात आलेले आहे.

तरी प्रसिध्द झाल्याच्या दिनांकपासून ३० दिवसांच्या आत अर्ज महापालिकेमध्ये सादर करावे.

मा. आयुक्त सो. यांच्या मान्यतेने


(विजया कंठे)
उप आयुक्त (मुख्यालय)
उल्हासनगर महानगरपालिका

उल्हासनगर महानगरपालिका

अपंग कल्याण योजना

दिनांक :- /०६/२०१६

विषय :-

संदर्भ :- आपणाकडील दिनांक रोजीची जाहिरात

प्रति,

मा. आयुक्त सो.

उल्हासनगर महानगरपालिका,

उल्हासनगर - ३

१)संपूर्ण नाव :

२) पत्ता :

३)दूरध्वनी क्र./मोबाईल नं. :

४) जन्म तारीख :- / /

५) अपंगत्वाचा प्रकार :-

६) अपंग असलेली टक्केवारी :-

७) इतर माहिती :-

८) अर्जासोबत खालील (छायांकित) सत्यप्रती जोडलेल्या आहेत :-

१)

२)

३)

४)

५)

वर नमूद केलेली सर्व माहिती खरी असून ती खोटी आढळल्यास मला दिलेले लाभ काढून घेण्यात यावे. माझे विरुद्ध कायदेशीर कारवाई होईल याची मला जाणीव आहे.

ठिकाण :-

दिनांक :-

सही

(

)

—: कार्यालयाने करावयाची कार्यवाही :-

वरील लाभार्थ्यांनी उपरोक्त दिलेली माहिती तपासली असून सदर माहिती बरोबर आहे.(पात्र/अपात्र) आहे.

लिपीक

टिप :- अर्जा सोबत खालील सत्यप्रती जोडाव्यात.

१) उल्हासनगर महानगरपालिका क्षेत्रामध्ये रहात असल्याबाबत रहिवासी दाखला

२) अपंगत्वाचा दाखला.

३) नमुद योजनेचा लाभ घ्यावायाच्या संबंधीत कागदपत्र.

४) रेशन कार्ड, पॅनकार्ड, आधार कार्ड या पैकी एक पुरावा अर्जा सोबत जोडावा.