

पत्रकार कल्याण स्कीम (जे.डब्ल्यू.एस.) के अंतर्गत पत्रकारों की आर्थिक सहायता के लिए आवेदन-पत्र

सेवा में,

महानिदेशक (मीडिया एवं संचार)
पत्र सूचना कार्यालय, 'ए' विंग, शास्त्री भवन,
नई दिल्ली-110001

1.	पत्रकार का नाम जो आर्थिक सहायता चाहता है (अथवा जिसके लिए आर्थिक सहायता मांगी जा रही है)	
2.	पत्रकार की मृत्यु होने की स्थिति में आवेदक का पूरा नाम, पता और मृतक पत्रकार के साथ संबंध	
3.	(i) पत्रकार की जन्म-तिथि (दस्तावेज़ी प्रमाण संलग्न करें)	
	(ii) घटना की तारीख को आयु, जिसके लिए क्षतिपूर्ति/सहायता की मांग की जा रही है	
4.	संपर्क ब्यौरा	
	(i) पत्रकार/दावेदार का संपूर्ण डाकपता (निवास प्रमाण संलग्न करें)	
	(ii) मोबाइल/दूरभाष	
	(iii) आधार कार्ड नम्बर	
	(iv) ई-मेल, यदि हो	
5.	(i) क्या पत्रकार भारत का नागरिक है/था (एक पर क्लिक करें)	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
	(ii) क्या पत्रकार साधारणतया भारत का निवासी है/था (एक पर क्लिक करें)	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
6.	संगठन जिसके लिए पत्रकार कार्य कर रहा था/है (यदि स्वतंत्र पत्रकार हों तो सूचित करें)	
7.	रोज़गार की प्रकृति (पूर्णकालिक / अंशकालिक, नियमित/संविदागत कर्मचारी/ स्ट्रिगर, सेवानिवृत्त, जॉब वर्क के लिए अनुबंध)	
8.	उपरोक्त संगठन में सेवाकाल के साथ-साथ पत्रकार के कार्यानुभव का विवरण	

	संगठन का नाम	अवधि		पदनाम
		कब से	कब तक	

<p>वर्तमान संगठन में पत्रकार के रूप में सेवा की अवधि (वर्ष एवं माह में):.....</p> <p>पत्रकार के रूप में कुल सेवा की अवधि (वर्ष एवं माह में):.....</p>

9.	वित्तीय सहायता के लिए कारण एवं उद्देश्य (दस्तावेजी प्रमाण, जो लागू हों, संलग्न करें)	
	(i) पत्रकार की मृत्यु, जिसके परिणामस्वरूप परिवार को चरम कठिनाइयों का सामना करना पड़ा: मृत्यु की तारीख, प्रकृति एवं कारण उल्लेख करें	
	(ii) स्थायी विकलांगता, जिसके फलस्वरूप जीवन यापन करने हेतु पत्रकार कार्य करने में असमर्थ है	
	(iii) प्रमुख बीमारियां: स्थान (अस्पताल का नाम), बीमारी की प्रकृति और अवधि, प्रकृति (दवा/शल्य-चिकित्सा/रेडियोथेरेपी इत्यादि) का ब्यौरा एवं प्राप्त उपचार की अवधि	
	(iv) दुर्घटनाओं में हुई गंभीर चोटों के कारण अस्पताल में भर्ती होने की जरूरत- दुर्घटनाओं की तारीख एवं स्थान, प्रकृति एवं उपचार की अवधि सहित विवरण प्रस्तुत करें	
10.	प्राप्त वित्तीय सहायता की राशि- (कृपया सभी अलग-अलग बिलों का एक बिल सारांश/कई बिलों के मामले में रसीद संलग्न करें)	
11.	अन्य स्रोतों (उदाहरणार्थ-प्रधानमंत्री सहायता कोष, मुख्यमंत्री सहायता कोष, पत्रकार समितियां/संगठन, बीमा दावा, मोटर दुर्घटना दावा, अधिकरण, अन्य, यदि कोई हों) से प्राप्त आवेदित वित्तीय सहायता का ब्यौरा	
12.	प्रत्यायन विवरण:-	
		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
	(i) क्या प्रत्यायित हैं (एक पर क्लिक करें)	
	(ii) यदि हां, तो कृपया बताएं कि प्रत्यायन पत्र सूचना कार्यालय अथवा राज्य सरकार द्वारा प्रदान किया गया है। (राज्य के नाम का उल्लेख करें)	
	(iii) वर्तमान में किस की ओर से प्रत्यायित हैं (मीडिया संगठन का नाम)	

	(iv) प्रत्यायन की वैधता की अवधि	
	(v) कार्ड सं.	
13.	मीडिया व्यक्ति, जिनके लिए दावा किया जा रहा है, वह केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना के लाभार्थी हैं या नहीं (यदि हां, तो केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना की सुविधाओं को प्राप्त न करने का कारण बताएं)	
14.	पारिवारिक विवरण (केवल पत्रकार की मौत/विकलांगता के मामलों में लागू)	
	क्र.सं.	परिवार के सदस्य का पूरा नाम
		लिंग (स्त्री/पु.)
		जन्म तिथि/आयु वर्षों में
		मृतक पत्रकार के साथ संबंध
		रोज़गार का ब्यौरा (वेतन/मज़दूरी इत्यादि सहित)
15.	बैंक खातों का ब्यौरा (कृपया संलग्न अधिदेश प्रपत्र के अनुसार पूरा ब्यौरा प्रदान करें)	
16.	अन्य संबंधित सूचना	
17.	आवेदन पत्र के साथ संलग्न दस्तावेज़ (i) (ii) (iii) (iv) (v) (vi) (vii)	

मैं एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ कि मेरे द्वारा दिया गया विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सही है एवं आर्थिक सहायता हेतु अनुरोध से संबंधित कोई भी जानकारी छिपाई नहीं गई है।

यदि कभी यह पाया जाता है कि आर्थिक सहायता गलत जानकारी अथवा तथ्यों के गलत प्रस्तुतीकरण के आधार पर प्राप्त की गई थी तो मैं उक्त सहायता-राशि की वापसी राष्ट्रीयकृत बैंकों में विद्यमान ब्याज-दर के साथ वापस करने के लिए वचनबद्ध हूँ।

मैं, _____ आधार संख्या _____ धारक, एतद्वारा
यूआईडीएआई के साथ प्रमाणीकरण के लिए अपना आधार संख्या, नाम और फिंगरप्रिंट / आईरिस (आँख की पुतली) प्राप्त करने
हेतु पत्र सूचना कार्यालय / सूचना और प्रसारण मंत्रालय को अपनी सहमति प्रदान करता हूँ। पत्र सूचना कार्यालय / सूचना
और प्रसारण मंत्रालय ने मुझे यह सूचित किया है कि मेरी पहचान संबंधी जानकारी का उपयोग केवल
_____ के लिए किया जाएगा तथा यह भी सूचित किया है कि मेरे बायोमेट्रिक्स को संग्रहित /
साझा नहीं किया जाएगा और केवल प्रमाणीकरण के उद्देश्य से सीआईडीआर को प्रस्तुत किया जाएगा।

आवेदक के हस्ताक्षर

स्थान:
दिनांक:

अधिदेश प्रपत्र

भुगतान प्राप्त करने के लिए इलैक्ट्रॉनिक क्लियरिंग सर्विस (क्लियरिंग/ रियल टाइम ग्रॉस सेटलमेंट-आरटीजीएस) सुविधा

(क) खाता धारक का ब्यौरा:-

खाता धारक का नाम	
संपर्क का पूरा पता	
टेलीफोन नं./फैक्स/ईमेल	

(ख) बैंक खाते का ब्यौरा:-

बैंक का नाम	
पूरे पते सहित शाखा का नाम, टेलीफोन नं. एवं ईमेल	
क्या शाखा कंप्यूटरीकृत है ?	
क्या शाखा आरटीजीएस-सक्षम है ? यदि हां, तो शाखा का आईएफएससी कोड क्या है ?	
क्या शाखा एनईएफटी-सक्षम भी है ?	
बैंक खाते का प्रकार (बचत खाता/चालू/कैश क्रेडिट)	
बैंक खाते की पूर्ण संख्या (नवीनतम)	
बैंक का एमआईसीआर कोड	
क्या बैंक खाता आधार से संबद्ध है ? यदि नहीं तो आधार से संबद्ध करायें। आधार कार्ड संख्या:	

प्रभावी होने की तिथि:-

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूं कि ऊपर दिया गया विवरण सही एवं पूर्ण है। यदि अपूर्ण अथवा गलत सूचना के कारण लेनदेन में विलंब होता है अथवा यह प्रभावी नहीं होता है, तो मैं प्रयोक्ता संस्था को उत्तरदायी नहीं ठहराउंगा। मैंने ऑप्शन इनविटेशन लैटर पढ़ लिया है तथा मैं यह सहमति देता हूं कि उन दायित्वों का पालन करूंगा जिनकी अपेक्षा योजना के तहत सहभागी के रूप में मुझसे की जाती है।

ग्राहक के हस्ताक्षर

दिनांक:

प्रमाणित किया जाता है कि ऊपर दिया गया विवरण आपके रिकॉर्ड के अनुसार सही है।

(बैंक की मोहर)

दिनांक:

ग्राहक के हस्ताक्षर

1. कृपया बैंक से प्राप्त सत्यापन सहित चैक की फोटोकॉपी संलग्न करें।

2. यदि वर्तमान में आपकी बैंक शाखा "आरटीजीएस सक्षम" नहीं है, तो "आरटीजीएस सक्षम" शाखा में इसके उन्नयन के पश्चात्, कृपया यथाशीघ्र उपर्युक्त प्रपत्र में विभाग को पुनः सूचना प्रस्तुत करें।