

राजस्थान सरकार

-:TO BE COMPLETED BY THE CLAIMANT:-

राज्य कर्मचारियों/संविदा कर्मचारी/मानदेय कर्मचारियों जिनकी ड्यूटी के दौरान संक्रमित होने तथा इलाज के समय असामयिक मृत्यु कोविड-19 के संक्रमण के कारण हुई है, के आश्रितों को अनुग्रह/सहायता राशि भुगतान के संबंध में आवेदन पत्र :-

1. कोविड-19 के कारण मृत व्यक्ति का विवरण

- a) पूरा नाम (श्री/श्रीमती)
- b) पिता/पति का नाम
- c) आयु पिछले जन्म दिवस के आधार पर
- d) लिंग
- e) पता
- f) पेशा/व्यवसाय

2.	(a) मृत्यु का समय एवं दिनांक	
	(b) प्रयोगशाला द्वारा कोविड-19 की पुष्टि दिनांक	

3. दावेदार का बैंक का पूर्ण विवरण

3.1	दावेदार का नाम (बैंक खाते के अनुसार)	
3.2	मृत व्यक्ति के साथ संबंध	
3.3	बैंक का नाम	
3.4	बैंक शाखा का पता	
3.5	बैंक खाता नम्बर	
3.6	बैंक खाते का प्रकार	
3.7	आई. एफ. एस. सी. कोड	
3.8	एम. आई. सी. आर कोड	

मैंएतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा पूर्व में कहे गये सभी कथन सत्य है और मैं, दावेदार द्वारा विभाग से कुछ भी छुपाने का प्रयास नहीं किया गया है। जिसकी जानकारी विभाग को होनी चाहिए। साथ ही मैं सहमति प्रदान करता हूँ कि मेरे द्वारा उपलब्ध कराई गई सूचना जो विभाग द्वारा चाही गई हैं मैं कोई भी गलत बयान/धोखाधड़ी अथवा कोई असत्य जानकारी पाई जाती है, तो मेरा दावा शून्य माना जावे और अनुग्रह/सहायता राशि का मेरा अधिकार जब्त कर लिये जावे। यदि पूर्व में कहे गये किसी कथन या किसी अन्य कथन की सत्यता के संबंध में न्यायालय के समक्ष वैधानिक घोषणा हेतु उपस्थित होने कि आवश्यकता होती हे तो मैं इसके लिये सहमति प्रदान करता हूँ।

	दावेदार	गवाह
नाम:		
पता:		
दूरभाष नम्बर:		
दिनांक:		
हस्ताक्षर:		

स्थान :

दिनांक :

दावेदार के हस्ताक्षर:

चैक लिस्ट

कोविड-19 के अन्तर्गत ड्यूटी के दौरान राज्य कर्मचारी/संविदा कर्मचारी/ मानदेय कर्मचारी के संक्रमित होने तथा इलाज के दौरान असामायिक मृत्यु होने पर रूपये 50.00 लाख की अनुग्रह राशि/सहायता राशि दिलाये जाने हेतु वांछित दस्तावेज।

1. ऑरिजनल क्लेम फार्म जो नोमिनी/दावाकर्ता द्वारा हस्ताक्षरित हो एवं सत्यापित हो।
2. मृतक का सत्यापित पहचान पत्र।
3. नोमिनी/दावाकर्ता का सत्यापित पहचान पत्र।
4. मृतक के सेवा रिकॉर्ड के आधार पर नामित नोमिनी का सत्यापित पत्र।
5. मृतक एवं नोमिनी/दावाकर्ता के आपस में रिश्ते की सत्यापित कॉपी।
6. ऑरिजनल डैथ सर्टिफिकेट।
7. मृतक के कोविड-19 पॉजिटिव की ऑरिजनल/ सत्यापित कॉपी।
8. मृतक के अस्पताल में भर्ती होने के सत्यापित दस्तावेज।
9. मृतक का नियुक्ति प्रमाण पत्र सत्यापित।
10. मृतक के कोविड-19 में ड्यूटी संबंधित आदेश की सत्यापित प्रति।
11. उपस्थिति पंजिका की सत्यापित प्रति।
12. संबंधित अस्पताल द्वारा दी गई सत्यापित डैथ समरी।
13. नोमिनी/दावाकर्ता के पैन कार्ड की सत्यापित कॉपी।
14. नोमिनी/दावाकर्ता का ऑरिजनल केन्सिल चैक।

कार्यालय

क्रमांक दिनांक

मृतक राज्य कर्मचारी/संविदा/मानदेय कर्मों का कोविड-19 ड्यूटी प्रमाण-पत्र

वैश्विक महामारी कोविड-19 के प्रकोप से बचाव नियंत्रण आदि हेतु चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग द्वारा अन्य विभागों के समन्वय के साथ विभिन्न कार्य (यथा सर्वे कार्य/पॉजिटिव केस कॉन्टेक्ट ट्रेसिंग, प्रचार प्रसार, ट्रेनिंग, रेपिड रेस्पांस टीम, गृह विभाग द्वारा जारी कोविड-19 नियंत्रण हेतु आदेशों की पालनार्थ सुरक्षा/कानून व्यवस्था, क्वारेन्टीन सेन्टर में कार्य, जॉच, सैम्पलिंग, डेडीकेटेड अस्पतालों में कार्य आदि) निर्बाध व नियमित रूप से किये जा रहे हैं।

उक्त के संबंध में यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/सुश्री.....पुत्र/पुत्री/पत्नी.....

.....उम्र..... पदनाम..... पदस्थापन स्थान.....

.....निवासी..... को उपरोक्त वर्णित कार्य

.....के संचालन हेतु लगाया गया था।

नियंत्रण अधिकारी हस्ताक्षर मय सील

कार्यालय

कमांक दिनांक

चिकित्सक/स्वास्थ्यकर्मी का कोविड-19 ड्यूटी प्रमाण-पत्र

वैश्विक महामारी कोविड-19 के प्रकोप से बचाव नियंत्रण आदि हेतु चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग द्वारा अन्य विभागों के समन्वय के साथ विभिन्न कार्य (यथा सर्वे कार्य/पॉजिटिव केस कॉन्टेक्ट ट्रेसिंग, प्रचार प्रसार, ट्रेनिंग, रेपिड रेस्पांस टीम, गृह विभाग द्वारा जारी कोविड-19 नियंत्रण हेतु आदेशों की पालनार्थ सुरक्षा/कानून व्यवस्था, क्वारेन्टीन सेन्टर में कार्य, जाँच, सैम्पलिंग, डेडीकेटेड अस्पतालों में कार्य आदि) निर्बाध व नियमित रूप से किये जा रहे हैं।

उक्त के संबंध में यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/सुश्री.....पुत्र/पुत्री/पत्नी.....

.....उम्र.....पदनाम.....पदस्थापन स्थान.....

.....निवासी.....को उपरोक्त वर्णित कार्यो

.....के संचालन हेतु लगाया गया था।

नियंत्रण अधिकारी हस्ताक्षर मय सील

कार्यालय

क्रमांक

दिनांक

मृतक राज्य कर्मचारी / संविदा / मानदेय कर्मी का कोविड-19 ड्यूटी प्रमाण-पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री / श्रीमती / सुश्री..... पुत्र / पुत्री / पत्नी.....

..... उम्र..... पदनाम..... पदस्थापन स्थान.....

..... निवासी..... को कोविड-19 के बचाव, नियंत्रण हेतु किये जा रहे (यथा

सर्वे कार्य / पॉजिटिव केस कॉन्टेक्ट ट्रेसिंग, प्रचार प्रसार, गृह विभाग द्वारा जारी कोविड-19 नियंत्रण हेतु आदेशों की

पालनार्थ सुरक्षा / कानून व्यवस्था, क्वारेन्टीन सेन्टर में कार्य आदि) के संचालन हेतु

लगाया गया था।

नियंत्रण अधिकारी हस्ताक्षर मय सील

कार्यालय

क्रमांक

दिनांक

चिकित्सक/स्वास्थ्यकर्मी का कोविड-19 ड्यूटी प्रमाण-पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/सुश्री.....पुत्र/पुत्री/पत्नी.....

.....उम्र.....पदनाम.....पदस्थापन स्थान.....

.....निवासी.....को कोविड-19 के बचाव, नियंत्रण हेतु किये जा रहे (यथा

सर्वे कार्य/पॉजिटिव केस कॉन्टेक्ट ट्रेसिंग, प्रचार प्रसार, रेपिड रेस्पांस टीम, क्वारेन्टीन सेन्टर में कार्य, जाँच, सैम्पलिंग, डेडीकेटेड अस्पतालों में कार्य आदि)के संचालन हेतु लगाया गया था।

नियंत्रण अधिकारी हस्ताक्षर मय सील
