

**छ0ग0 भवन एवं अन्य सन्निर्माण कर्मकार कल्याण मंडल द्वारा संचालित  
मुख्यमंत्री नोनी सशक्तिकरण सहायता योजना के तहत लाभ लेने हेतु**

**-: स्व घोषणा प्रारूप :-**

मैं .....पिता/पति श्री .....आधार नं. ....  
 .....जन्म तिथि.....लिंग .....ग्राम/वार्ड.....पोस्ट.....  
 विधानसभा क्षेत्र.....नगर निगम/नगर पालिका/नगरपंचायत .....जिला.....  
 .....का/की निवासी हूँ।

मैं छत्तीसगढ़ भवन एवं अन्य सन्निर्माण कर्मकार कल्याण मंडल अंतर्गत निर्माण श्रमिक के रूप में पंजीकृत हूँ। मेरा पंजीयन क्रमांक .....दिनांक .....है।  
 मैं मेसर्स/श्री/श्रीमती.....के संस्थान में .....श्रमिक के रूप में कार्य कर रही/रहा हूँ।

पुत्री जिसके लिए आवेदन किया जा रहा है का विवरण:-

1. मेरे जीवित बच्चों की क्रमांक अंकित कर जानकारी निम्नानुसार है:-

| क्रमांक | जीवित बच्चे की संख्या | बच्चे का नाम | आयु/जन्मतिथि | महिला/पुरुष |
|---------|-----------------------|--------------|--------------|-------------|
| 1       |                       |              |              |             |
| 2       |                       |              |              |             |

2. योजना के तहत पुत्री का नाम .....आधार क्र.....  
 .....जन्म तिथि.....एवं जीवित बच्चों में क्रम.....है। जो अविवाहित है, एवं श्रम विभाग के अंतर्गत किसी भी मंडल में पंजीकृत नहीं है।
3. मेरी पुत्री की आयु 18 वर्ष पूर्ण एवं 21 वर्ष से अधिक नहीं है।
4. मेरी पुत्री छत्तीसगढ़ राज्य की मूल निवासी हूँ। ( हाँ/नहीं).....।
5. मेरी पुत्री ने वर्ष .....में 10 वीं की परीक्षा उत्तीर्ण कर ली है।
6. मेरी पुत्री के नाम से जीवित बैंक खाता क्र. ....है।  
 बैंक का नाम .....आई.एफ.एस.सी.कोड.....  
 ..... है। जो वर्तमान में प्रचलित है।
7. मैं छत्तीसगढ़ शासन के द्वारा अधिसूचित वर्ग (अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/अन्य पिछड़ा वर्ग/सामान्य वर्ग).....से हूँ।
8. मेरी पुत्री द्वारा पूर्व में संचालित किसी भी विवाह योजना अंतर्गत सहायता राशि प्राप्त नहीं किया गया है।

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि, मैं एवं मेरी पुत्री मुख्यमंत्री निर्माण श्रमिक के बच्चों हेतु नोनी सशक्तिकरण सहायता योजना के तहत निर्धारित पात्रता रखता/रखती हूँ। उपरोक्तानुसार मेरे द्वारा दी गई जानकारी/समस्त विवरण सत्य है, किसी भी स्तर पर मेरे द्वारा प्रदाय की गई जानकारी असत्य पाए जाने पर मैं स्वयं जिम्मेदार रहूंगा/रहूंगी तथा मंडल द्वारा उक्त योजना के तहत लाभान्वित राशि की वसूली करते हुए मेरे ऊपर वैधानिक कार्यवाही भी की जा सकेगी।

दिनांक .....

आवेदक/आवेदिका के  
हस्ताक्षर

हितग्राही का नाम - .....  
 पता - .....  
 मोबाईल नं. - .....

28.06.24