

आवेदन-पत्र
समुन्नत योजनांतर्गत अनुदान पर प्रजनन योग्य पाडा प्रदाय का आवेदन-पत्र
वर्ष 2020 -21

- 1- आवेदक का नाम:- -----
- 2- पिता/पति का नाम:- -----
- 3- निवास स्थान एवं पत्राचार का पूर्ण पता:- -----

- 4- मोबाइल नम्बर:- -----
- 5- आधार कार्ड नम्बर:- -----
- 6- समग्र आई. डी. नम्बर:- -----
- 7- आवेदक की शैक्षणिक योग्यता:- -----
- 8- आवेदक के पास वर्तमान में उपलब्ध पशुओं का विवरण:- -----
- 9- आवेदक के परिवार में चारा उत्पादन हेतु कृषि भूमि:- -----
- 10- ग्राम पंचायत क्षेत्र में भैस वंशीय पशु संख्या:- -----
- 11- आवेदक की श्रेणी- सामान्य/अ.पि.वर्ग/अ.जा./अ.ज.जा.(प्रमाण-पत्र संलग्न करें)
- 12- लिंग- पुरुष/महिला
- 13- आवेदक के ग्राम से निकटस्थ पशु चिकित्सा/कृत्रिम गर्भा. का नाम एवं दूरी:-
- 14- ग्राम उपलब्ध प्रशिक्षित गौसेवक/ कृत्रिम गर्भा. कार्यकर्ता का विवरण:-

पासपोर्ट फोटो

आवेदक के हस्ताक्षर
मो.नं. -----

आवेदक की घोषणा

मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि उपरोक्तानुसार मेरे द्वारा दी गई जानकारी पूर्णतः सत्य है।

आवेदक के हस्ताक्षर

ग्राम सभा का अनमोदन क्रमांक ----- दिनांक -----

हस्ताक्षर
सरपंच/सचिव
ग्राम पंचायत -----

पशु चिकित्सा विस्तार अधिकारी
हस्ताक्षर एवं संस्था का नाम

समुन्नत योजनांतर्गत अनुदान पर प्रजनन योग्य पाडा प्रदाय का अनुबंध-पत्र

मै श्री/श्रीमति/कुमारी -----पिता/पति -----
निवासी ----- विकासखण्ड. ----- जो कि प्रगतिशील पशुपालक/
गौशाला/दुग्ध सहकारी समिति का सदस्य हूँ आज दिनांक ----- को उप
संचालक पशु चिकित्सा सेवाये खरगोन के साथ अनुबंध करता हूँ/करती हूँ।

- 1- योजनान्तर्गत प्रदाय पाडे का भैस वंशीय मादा पशुओ के प्रजनन हेतु उपयोग करुंगा/करुंगी।
- 2- पाडे के प्रजनन अभिलेख का संधारण पंजी मे करुंगा/करुंगी व समय-समय पर विभागीय अधिकारी/कर्मचारी को पंजी का निरीक्षण कराउंगा/कराउंगी।
- 3- योजना मे किये गये प्रावधानुसार पाडा मुल्य परिवहन व्यय पशु आहार मे होने वाले पूर्ण व्यय की राशि का 20: पाडा प्रदाय पूर्व जमा करुंगा/करुंगी।
- 4- प्रदायित पाडे को सभी आवश्यक यथा समय टीकाकरण कराउंगा/कराउंगी।
- 5- प्रदायित पाडे का यथा समय रोगोपचार, चिकित्सा रोग निदान हेतु आवश्यक रोग जाँच कराउंगा/कराउंगी।
- 6- पाडे की सेवाओ की यथा योग्य शुल्क ही पशुपालक से प्राप्त करुंगा/करुंगी।
- 7- पाडे क स्वास्थ्य रक्षा का पूर्ण ध्यान रखुंगा/रखुंगी तथा नियमित बीमा करवाते रहुंगा/रहँगी।
- 8- विभाग द्वारा समय-समय पर दिये गये निर्देशो का पालन करुंगा/करुंगी।

आवेदक के हस्ताक्षर

पशु चिकित्सा विस्तार अधिकारी

उप संचालक
पशु चिकित्सा सेवाएं खरगोन

सत्यापन

मै श्री/श्रीमति/कुमारी ----- पिता/पति -----
निवासी ----- विकासखण्ड ----- का सत्यापन किया गया
हितग्राही योजना के लाभ हेतु पात्र है। अतः अनुशंसा की जाती हैं।

1. उक्त पंचायत मे समुन्नत योजनांतर्गत पुर्व मे पाडा प्रदाय किया गया है।
(हाँ/नहीं)
2. योजना मे ब्रिडिंग पॉलिसी अनुसार ----- नस्ल का पाडा प्रदाय किया जावे।
3. हितग्राही के बैंक का नाम ----- आई.एफ.एस.सी.
कोड. ----- समुन्नत खाता क्रमांक -----
होकर अंशदान राशि रु. ----- जमा कर दी गई है।

पशु चिकित्सा विस्तार अधिकारी

उप संचालक
पशु चिकित्सा सेवाएं खरगोन