

ಅನುಬಂಧ-1

(Ref : ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ : ಸಿಆಸುಇ ಸಿಆಸುಇ 16 ಎಸ್.ಎಂ.ಆರ್ 2020 (ಭಾ-5)

ದಿನಾಂಕ 09-03-2023

FORM : A

(ದ್ವಿಪ್ರತಿಯಲ್ಲಿ ಸಲ್ಲಿಸುವುದು)

ಕರ್ನಾಟಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನಿ ಯೋಜನೆ ಒಳಪಡಲು ಅರ್ಹ ಸರ್ಕಾರ ನೌಕರ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

(ತನ್ನ ಕಛೇರಿ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರ ನೌಕರರ ಸೇವಾ ವಹಿಯನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಕಛೇರಿ/ವರದಿ
ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಅಧಿಕಾರಿಯ ಮುಖಾಂತರ ಡಿಡಿಓ ಗೆ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು)

Form of Application to be submitted by eligible Government Employees for enrolment into the Karnataka Arogya Sanjeevini Scheme (KASS)

(To be submitted through head office (office where Service Register of the Employee is
maintained) Reporting Officer to the DDO)

ಸೂಚನೆ:

- 1) ಗಣಕ ಯಂತ್ರದಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಲು ಅನುಕೂಲವಾಗುವಂತೆ ಎಲ್ಲಾ ವಿವರಗಳನ್ನು ಆಂಗ್ಲ
ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಕೊಡ ಒದಗಿಸುವುದು
- 2) ಒಂದು ಪ್ರತಿಯನ್ನು ನೌಕರರ ಸೇವಾ ಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿ ಸಂರಕ್ಷಿಸಿಡುವುದು.
- 3) ಅರ್ಜಿಯ ಒಂದು ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರು ತಪ್ಪದೇ ತನ್ನ ದಾಖಲೆಗೆ
ಇರಿಸಿಕೊಳ್ಳತಕ್ಕದ್ದು

| | | | |
|---|--|---|---|
| 1 | ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಹೆಸರು ತಂದೆ ಹೆಸರು ಅಡ್ಡ ಹೆಸರು ಸಮೇತ ದಪ್ಪ ಅಕ್ಷರಗಳಲ್ಲಿ (CAPITAL LETTERS) | : | FAROOQ K AHMED S/O KHATAL AHMED SYED |
| 2 | ಲಿಂಗ | : | MALE |
| 3 | ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಕೆ.ಜಿ.ಐ.ಡಿ.ಸಂಖ್ಯೆ (1 ನೇ ಪಾಲಿಸಿ) | : | 1481536 |
| 4 | ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಮೊಬೈಲ್ ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ (ಖಾಯಂ ಆಗಿ ನೊಂದಾಯಿತ ಸಂಖ್ಯೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ.) | : | 9535377867 |
| 5 | ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಇ-ಮೇಲ್ ಐಡಿ | : | sfa786123@gmail.com |

ಪು.ತಿ.ನೋ-2ಕ್ಕೆ

| | | | | | |
|----|--|---|---|---|----------------|
| 6 | ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಆಧಾರ ಸಂಖ್ಯೆ (ಆಧಾರ ಕಾರ್ಡ್ ಲಗತ್ತಿಸುವುದು) | : | 8457 7148 6203 | | |
| 7 | ನೌಕರ ಹುದ್ದೆಯ ಮೇಲಿನ ಹಕ್ಕನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ (Lien) ಹುದ್ದೆ ಹಾಗೂ ಅಂತಹ ಹುದ್ದೆಯ ವೇತನ ಶ್ರೇಣಿ | : | NOT APPLICABLE | | |
| 8 | ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಮನೆ ವಿಳಾಸ | : | H NO. 3/1/25 Upper galli near moulali masjid MGPS School backside, Main bazar road, Afzalpur 585301, Tq: Afzalpur, Dist: Kalaburagi | | |
| 9 | ಪ್ರಸ್ತುತ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಮೂಲ ವೇತನ | : | RS 67600/- 44425-83700 | | |
| 10 | ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಮಾತೃ ಇಲಾಖೆ | : | ANIMAL HUSBANDARY AND VETERINARY SERVICES | | |
| 11 | ಸ್ವತಂತ್ರ ಪ್ರಭಾರದಲ್ಲಿ ಉನ್ನತ ಹುದ್ದೆಯಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅಂತಹ ಹುದ್ದೆಯ ಪದನಾಮ ಮತ್ತು ವೇತನ ಶ್ರೇಣಿ | : | NOT APPLICABLE | | |
| 12 | ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಇಲಾಖೆ ಮತ್ತು ಕಛೇರಿ | : | ANIMAL HUSBANDARY AND VETERINARY SERVICES OFFICE OF THE DEPUTY DIRECTOR ANIMAL HUSBANDARY AND VETERINARY SERVICES VLI TRAINING CENTER KALABURAGI 585105 DIST: KALABURAGI STATE: KARNATAKA | | |
| 13 | ನಿಯೋಜನೆ ಮೇರೆಗೆ ಇತರೆ ಇಲಾಖೆ/ಅನ್ಯ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿದ್ದಲ್ಲಿ ನೌಕರನ ಮಾತೃ ಇಲಾಖೆ | : | NOT APPLICABLE | | |
| 14 | ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನೊಂದಿಗೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವ ಆತನ ಕುಟುಂಬ ಯಾವುದೇ ಸದಸ್ಯರು ಬೇರೆ ಯಾವುದೇ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುವರೆ | : | NOT APPLICABLE | | |
| 15 | ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನೊಂದಿಗೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವ ಆತನ ಕುಟುಂಬ ಯಾವುದೇ ಸದಸ್ಯರು ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿದ್ದು (KASS)ಯೋಜನೆಯಡಿ ನೊಂದಾಣಿಯಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿರುವರೆ | : | NOT APPLICABLE | | |
| 16 | ಪತಿ ಅಥವಾ ಪತ್ನಿ ಉದ್ಯೋಗದ ವಿವರಗಳು | : | 1 | ಪತಿ/ಪತ್ನಿ ಹೆಸರು: | SHAHEENA BANU |
| | | | 2 | ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ : | 01/06/1980 |
| | | | 3 | ಆಧಾರ ಸಂಖ್ಯೆ: ಆಧಾರ ಕಾರ್ಡ್ ಲಗತ್ತಿಸುವುದು | 4291 3419 8597 |
| | | | 4 | ಉದ್ಯೋಗ ವಿವರ/ಗೃಹಿಣಿ | ಗೃಹಿಣಿ |

ಲಗತ್ತುಗಳು:

- 1) ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಹಾಗೂ ಕುಟುಂಬ ಅರ್ಹ ಸದಸ್ಯರು ಭಾವಚಿತ್ರಗಳು (ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರ ಭಾವಚಿತ್ರವನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ನೀಡತಕ್ಕದ್ದು, ಭಾವಚಿತ್ರದ ಮೇಲೆ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರ ತನ್ನ ಸಹಿ ಮತ್ತು ದಿನಾಂಕವನ್ನು ನಮೂದಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಪ್ರತಿ ಐದು ವರ್ಷಗಳಿಗೆ ಒಮ್ಮೆ ಹೊಸ ಭಾವಚಿತ್ರವನ್ನು ಒದಗಿಸತಕ್ಕದ್ದು)
- 2) ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ ದಾಖಲೆಗಳು
- 3) ಆಧಾರ ಕರ್ಡ್‌ಗಳು
- 4) ವೇತನ ಚೀಟಿ (Pay Slip)
- 5) ಕಾನೂನು ದಾಖಲೆಗಳು (ದತ್ತು ವಿವಾಹ ಇತ್ಯಾದಿ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ)

FORM : A1

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಸ್ವಯಂ ಘೋಷಣೆ:

- 1) ನಾನು ಮೇಲೆ ಒದಗಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ನಿಜವಾಗಿರುತ್ತವೆ.
- 2) ನಾನು ಸ್ವಂತಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಈ ಯೋಜನೆಯಿಂದ ಭರಿಸುವ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಬೇರಾವುದೇ ಮೂಲಗಳಿಂದ ಪಾವತಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ. ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಮೂಲಗಳಿಂದ ಪಾವತಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಮೊತ್ತವನ್ನು ನಾನು ಯೋಜನೆಯ ಲೆಕ್ಕಗಳಿಗೆ ಪರಿಪಾವತಿಸಲು ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ.
- 3) ನನ್ನ ಪತಿ/ಪತ್ನಿ/ಮಕ್ಕಳು ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿ ನೋಂದಾಯಿತರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ.
- 4) ನಾನು ನನ್ನ ಪತಿ/ಪತ್ನಿ ಹಾಗೂ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಬೇರೆ ಯಾವುದೇ ನಿಯಮಗಳಡಿ/ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಯಡಿ/ಅರೋಗ್ಯ ಖಾಸಗಿ ಅರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ) ಒಳಪಟ್ಟಿದಲ್ಲಿ ವಿವರ ನೀಡುವುದು.
- 5) ನನ್ನ ತಾಯಿಯವರು ನನ್ನ ಜೊತೆ ವಾಸವಿರುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ಅವರ ಒಟ್ಟು ಮಾಸಿಕ ಆದಾಯ ರೂ. ಇರುತ್ತದೆ.
- 6) ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಗಳಲ್ಲಿ (ಉದಾ: ಮಗಳ ಮದುವೆ, ಮಕ್ಕಳ ಜನನ, ಸದಸ್ಯರ ಮರಣ ಇತ್ಯಾದಿ) ನಾನು ಅಂತಹ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕಾಲ ಕಾಲಕ್ಕೆ ಒದಗಿಸಲು ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ. ಸಂದರ್ಭಾನುಸಾರ ಈ ಯೋಜನೆಯಿಂದ ಹೆಸರನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕಲು ಅಥವಾ ಸೇರ್ಪಡೆ ಮಾಡಲು ನಾನು ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ.
- 7) ಮೇಲೆ ನಮೂದಿಸಲಾದ ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ನನ್ನೊಂದಿಗೆ ವಾಸವಾಗಿದ್ದು ನನ್ನ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತರಾಗಿದ್ದಾರೆ.
- 8) ನಾನು ಯೋಜನೆಯ ಎಲ್ಲಾ ಷರತ್ತು ಮತ್ತು ನಿಬಂಧನೆಗಳನ್ನು ಅರಿತುಕೊಂಡಿದ್ದು, ಅವುಗಳಿಗೆ ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ. ಅವುಗಳನ್ನು ಉಲ್ಲಂಘಿಸಿದಲ್ಲಿ ನಿಯಮಾನುಸಾರ ಶಿಸ್ತು ಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಅಥವಾ ಸರ್ಕಾರಕ್ಕೆ ಉಂಟಾದ ಆರ್ಥಿಕ ನಷ್ಟವನ್ನು ಹಿಂದಿರುಗಿಸಲು ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ.
- 9) ನಾನು ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿರುವುದು ನಿಂತಿ ಹೊದಲ್ಲಿ ಯೋಜನೆಯ ಕಾರ್ಡನ್ನು ಹಿಂದಿರುಗಿಸಲು ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ : 13-05-2025

ಸ್ಥಳ : ಕಲಬುರಗಿ

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಸಹಿ/-

| ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ವಿವರ | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|-------------------|
| 17 | ತಂದೆ | : | 1 | ಹೆಸರು | LATE KHATAL AHMED |
| | | | | | |
| | | | 2 | ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ | - |
| | | | 3 | ಮಾಸಿಕ ವರಮಾನ | - |
| | | | 4 | ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನೊಂದಿಗೆ ವಾಸವಿರುವರೆ ಹೌದು/ಇಲ್ಲ | - |
| | | | 5 | ಸರ್ಕಾರ ನೌಕರನ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತರೆ ಹೌದು/ಇಲ್ಲ | - |
| | | | 6 | ಆಧಾರ ಸಂಖ್ಯೆ (ಆಧಾರ ಕಾರ್ಡ್ ಲಗತ್ತಿಸುವುದು) | - |
| | | | 7 | ಬೇರೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ/ನಿಯಮಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುವರೆ. | - |
| | | | 8 | ಸರ್ಕಾರ ನೌಕರನ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತರೆ ಹೌದು/ಇಲ್ಲ | - |
| 18 | ಮಕ್ಕಳು | | | | |
| | ಐದು ವರ್ಷದ ಒಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಆಧಾರ ಕಾರ್ಡ್ ಅವಶ್ಯವಿರುವುದಿಲ್ಲ | 1 | 1 | ಹೆಸರು: | SAYYEDA SANIYA |
| | | | 2 | ಲಿಂಗ : ಪುರುಷ/ಸ್ತ್ರೀ | FEMALE |

| | | | |
|---|---|--|----------------|
| 1 | 3 | ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ | 06/09/2001 |
| | 4 | ವೈವಾಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ : ಅವಿವಾಹಿತ/ವಿವಾಹಿತ/ವಿಧವೆ/ವಿಚ್ಛೇದಿತ | ಅವಿವಾಹಿತ |
| | 5 | ಆಧಾರ ಸಂಖ್ಯೆ (ಆಧಾರ ಕಾರ್ಡ್ ಲಗತ್ತಿಸುವುದು) | 7803 4274 2152 |
| | 6 | ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನೊಂದಿಗೆ ವಾಸವಿರುವರೆ ಹೌದು/ಇಲ್ಲ | YES |
| | 7 | ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತರೆ ಹೌದು/ಇಲ್ಲ | YES |
| | 8 | ಸ್ವಂತ ಆದಾಯ ಹೊಂದಿರುವರೆ:ವಿವರ | NO |
| | 9 | ಅಂಗವಿಕಲತೆ/ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ: (ದಾಖಲೆ ಲಗತ್ತಿಸುವುದು) | NO |

| | | | | |
|----|---|---|--|-----------------------|
| 19 | 2 | 1 | ಹೆಸರು: | SYED SOHAIL |
| | | 2 | ಲಿಂಗ : ಪುರುಷ/ಸ್ತ್ರೀ | MALE |
| | | 3 | ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ | 31/08/2003 |
| | | 4 | ವೈವಾಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ : ಅವಿವಾಹಿತ/ವಿವಾಹಿತ/ವಿಧವೆ/ವಿಚ್ಛೇದಿತ | ಅವಿವಾಹಿತ |
| | | 5 | ಆಧಾರ ಸಂಖ್ಯೆ (ಆಧಾರ ಕಾರ್ಡ್ ಲಗತ್ತಿಸುವುದು) | 3534 9311 1589 |
| | | 6 | ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನೊಂದಿಗೆ ವಾಸವಿರುವರೆ ಹೌದು/ಇಲ್ಲ | YES |
| | | 7 | ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತರೆ ಹೌದು/ಇಲ್ಲ | YES |
| | | 8 | ಸ್ವಂತ ಆದಾಯ ಹೊಂದಿರುವರೆ:ವಿವರ | NO |
| | | 9 | ಅಂಗವಿಕಲತೆ/ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ: (ದಾಖಲೆ ಲಗತ್ತಿಸುವುದು) | NO |

| | | | | |
|----|---|---|--|-----------------------------|
| 20 | 3 | 1 | ಹೆಸರು: | SYEDA SAHEBA PARVEEN |
| | | 2 | ಲಿಂಗ : ಪುರುಷ/ಸ್ತ್ರೀ | FEMALE |
| | | 3 | ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ | 27/02/2007 |
| | | 4 | ವೈವಾಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ : ಅವಿವಾಹಿತ/ವಿವಾಹಿತ/ವಿಧವೆ/ವಿಚ್ಛೇದಿತ | ಅವಿವಾಹಿತ |
| | | 5 | ಆಧಾರ ಸಂಖ್ಯೆ (ಆಧಾರ ಕಾರ್ಡ್ ಲಗತ್ತಿಸುವುದು) | 5822 8109 5474 |
| | | 6 | ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನೊಂದಿಗೆ ವಾಸವಿರುವರೆ ಹೌದು/ಇಲ್ಲ | YES |
| | | 7 | ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತರೆ ಹೌದು/ಇಲ್ಲ | YES |
| | | 8 | ಸ್ವಂತ ಆದಾಯ ಹೊಂದಿರುವರೆ:ವಿವರ | NO |
| | | 9 | ಅಂಗವಿಕಲತೆ/ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ: (ದಾಖಲೆ ಲಗತ್ತಿಸುವುದು) | NO |

| | | | | |
|----|---|---|--|-----------------------|
| 21 | 4 | 1 | ಹೆಸರು: | SYED SUFIYAN |
| | | 2 | ಲಿಂಗ : ಪುರುಷ/ಸ್ತ್ರೀ | MALE |
| | | 3 | ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ | 21/03/2010 |
| | | 4 | ವೈವಾಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ : ಅವಿವಾಹಿತ/ವಿವಾಹಿತ/ವಿಧವೆ/ವಿಚ್ಛೇದಿತ | ಅವಿವಾಹಿತ |
| | | 5 | ಆಧಾರ ಸಂಖ್ಯೆ (ಆಧಾರ ಕಾರ್ಡ್ ಲಗತ್ತಿಸುವುದು) | 4397 3114 0770 |
| | | 6 | ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನೊಂದಿಗೆ ವಾಸವಿರುವರೆ ಹೌದು/ಇಲ್ಲ | YES |
| | | 7 | ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತರೆ ಹೌದು/ಇಲ್ಲ | YES |
| | | 8 | ಸ್ವಂತ ಆದಾಯ ಹೊಂದಿರುವರೆ:ವಿವರ | NO |
| | | 9 | ಅಂಗವಿಕಲತೆ/ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ: (ದಾಖಲೆ ಲಗತ್ತಿಸುವುದು) | NO |

| | | | | | |
|----|-----------|--|---|--|------------------------|
| 22 | 5 ತಾಯಿ | | 1 | ಹೆಸರು: | NOORJAHAN BEGUM |
| | | | 2 | ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ | 01/01/1961 |
| | | | 3 | ಮಾಸಿಕ ವರಮಾನ | - |
| | | | 4 | ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನೊಂದಿಗೆ ವಾಸವಿರುವರೆ ಹೌದು/ಇಲ್ಲ | YES |
| | | | 5 | ಆಧಾರ ಸಂಖ್ಯೆ (ಆಧಾರ ಕಾರ್ಡ್ ಲಗತ್ತಿಸುವುದು) | 4690 4136 5967 |
| | | | 6 | ಬೇರೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ/ನಿಯಮಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುವರೆ. | NO |

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಸಹಿ/-

FORM:A3

**ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ತಂದೆ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳು ಜೊತೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವ ಮತ್ತು ಆತನನ್ನು
ಅವಲಂಬಿಸಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಸ್ವಯಂ ಘೋಷಣೆ**

ಎ. ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರೆಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸಿರುವ ನನ್ನ ತಾಯಿ ನನ್ನ ಜೊತೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದು
ನನ್ನನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಅವರು ಯಾವುದೇ ಆದಾಯ ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ /ಅವರ
ಒಟ್ಟು

ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ ರೂ. 13500 ಆಗಿರುತ್ತದೆ.

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಸಹಿ

ಬಿ . ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರೆಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸಿರುವ ನನ್ನ ಮಗಳಾದ **SAYYEDA
SANIYA** ನನ್ನ ಜೊತೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದು ನನ್ನನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಅವಳು ಯಾವುದೇ
ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಿ ಇರುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಮದುವೆಯಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ / ಮತ್ತು ಆಕೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಆದಾಯ
ಇರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬುದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಸಹಿ

ಬಿ . ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರೆಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸಿರುವ ನನ್ನ ಮಗಾ **SYED SOHAIL**
ನನ್ನ ಜೊತೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದು ನನ್ನನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಅವಳು ಯಾವುದೇ ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಿ
ಇರುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಮದುವೆಯಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ / ಮತ್ತು ಆಕೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಆದಾಯ ಇರುವುದಿಲ್ಲ
ಎಂಬುದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಸಹಿ

ಬಿ . ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರೆಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸಿರುವ ನನ್ನ ಮಗಳಾದ **SYEDA SAHEBA
PARVEEN** ನನ್ನ ಜೊತೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದು ನನ್ನನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಅವಳು ಯಾವುದೇ
ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಿ ಇರುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಮದುವೆಯಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ / ಮತ್ತು ಆಕೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಆದಾಯ
ಇರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬುದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಸಹಿ

ಬಿ . ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರೆಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸಿರುವ ನನ್ನ ಮಗಾ **SYED SUFIYAN** ನನ್ನ
ಜೊತೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದು ನನ್ನನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಅವಳು ಯಾವುದೇ ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಿ
ಇರುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಮದುವೆಯಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ / ಮತ್ತು ಆಕೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಆದಾಯ ಇರುವುದಿಲ್ಲ
ಎಂಬುದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಸಹಿ

FORM B

(ಡಿ.ಡಿ.ಒ ಗಳು ನೌಕರರ ಕಛೇರಿ ಮುಖ್ಯಸ್ಥ(ನೌಕರರ ಸೇವಾ ವಹಿಯನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಕಛೇರಿ ಮುಖ್ಯಸ್ಥ)/ ವರದಿ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಅಧಿಕಾರಿ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ಘೋಷಣೆ/ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ

ಕರ್ನಾಟಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನಿ ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಡಲು ಅವರ ಕಛೇರಿ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರ ಮುಖಾಂತರ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವ **FAROOQ AHMED S/O KHATAL AHMED** ಇವರು ಒದಗಿಸಿರುವ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಯೋಜನೆಯ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ವಯ ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ್ದು, ಈ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರು ಮತ್ತು ಕೆಳಕಂಡ ಅವರ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರು ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಡಲು ಅರ್ಹರಿರುತ್ತಾರೆಂದು ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ನೋಂದಣೆಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಇದರೊಂದಿಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾದಲ್ಲಿ ವಿಳಂಬವಿಲ್ಲದೇ ಅಂತಹ ಅಂಶವನ್ನು ಇಂದೀಕರಿಸಲಾಗುವುದು.

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಪದನಾಮ **FAROOQ AHMED S/O KHATAL AHMED** FDA ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಕಛೇರಿ ವಿಳಾಸ **OFFICE OF THE DEPUTY DIRECTOR ANIMAL HUSBANDARY AND VETERINARY SERVICES VLI TRAINING CENTER KALABURAGI 585105 DIST: KALABURAGI STATE: KARNATAKA**

ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಡಲು ಅರ್ಹವಿರುವ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು

| ಕ್ರ.ಸಂ | ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು | ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧ | ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ | ಷರಾ ವೈವಾಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ, ಇತ್ಯಾದಿ |
|--------|----------------------|---------------------------|-------------|-----------------------------|
| 1 | SHAHEENA BANU | WIFE | 01/01/1980 | ಗೃಹಿಣಿ |
| 2 | SAYYEDA SANIYA | DAUGHTER | 06/09/2001 | ಅವಿವಾಹಿತ |
| 3 | SYED SOHAIL | SON | 31/08/2003 | ಅವಿವಾಹಿತ |
| 4 | SYEDA SAHEBA PARVEEN | DAUGHTER | 27/02/2007 | ಅವಿವಾಹಿತ |
| 5 | SYED SUFIYAN | SON | 21/03/2010 | ಅವಿವಾಹಿತ |
| 6 | NOORJAHAN BEGUM | MOTHER | 01/01/1961 | ವಿದ್ವಾ |

ಡಿಡಿಒ ಹೆಸರು, ಪದನಾಮ ಹಾಗೂ ಸಹಿ

FORM: C

ಡಿಡಿಓ ಗಳು ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ಘೋಷಣೆ/ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ

ಕರ್ನಾಟಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನಿ ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಡಲು ಅವರ ಕಛೇರಿ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರ ಮುಖಾಂತರ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವ **FAROOQ AHMED S/O KHATAL AHMED** ಇವರು ಒದಗಿಸಿರುವ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಯೋಜನೆಯ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ವಯ ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ್ದು, ಈ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರು ಮತ್ತು ಕೆಳಕಂಡ ಅವರ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರು ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಡಲು ಅರ್ಹರಿರುತ್ತಾರೆಂದು ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ನೋಂದಣಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಇದರೊಂದಿಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಪದನಾಮ **FAROOQ AHMED S/O KHATAL AHMED** FDA ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಕಚೇರಿ ವಿಳಾಸ **OFFICE OF THE DEPUTY DIRECTOR ANIMAL HUSBANDARY AND VETERINARY SERVICES VLI TRAINING CENTER KALABURAGI 585105 DIST: KALABURAGI STATE: KARNATAKA**

ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಡಲು ಅರ್ಹವಿರುವ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು

| ಕ್ರ.ಸಂ | ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು | ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧ | ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ | ಷರಾ ವೈವಾಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ, ಇತ್ಯಾದಿ |
|--------|----------------------|---------------------------|-------------|-----------------------------|
| 1 | SHAHEENA BANU | WIFE | 01/01/1980 | ಗೃಹಿಣಿ |
| 2 | SAYYEDA SANIYA | DAUGHTER | 06/09/2001 | ಅವಿವಾಹಿತ |
| 3 | SYED SOHAIL | SON | 31/08/2003 | ಅವಿವಾಹಿತ |
| 4 | SYEDA SAHEBA PARVEEN | DAUGHTER | 27/02/2007 | ಅವಿವಾಹಿತ |
| 5 | SYED SUFIYAN | SON | 21/03/2010 | ಅವಿವಾಹಿತ |
| 6 | NOORJAHAN BEGUM | MOTHER | 01/01/1961 | ವಿಧ್ವ |

ಮೇಲೆ ನಮೂದಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸರಿಯಾಗಿರುವ ಕುರಿತು ನನ್ನ ಸಮ್ಮುಖದಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರಾದ **ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ FAROOQ AHMED S/O KHATAL AHMED** FDA **OFFICE OF THE DEPUTY DIRECTOR ANIMAL HUSBANDARY AND VETERINARY SERVICES VLI TRAINING CENTER KALABURAGI 585105 DIST: KALABURAGI STATE: KARNATAKA** ಇವರು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಅದರಂತೆ ಮೇಲಿನ ನಮೂದುಗಳನ್ನು ದೃಢೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಡಡಿಓ ಹೆಸರು, ಪದನಾಮ ಹಾಗೂ ಸಹಿ