

मध्यप्रदेश राज्य कृषि विपणन बोर्ड  
26 अरेरा हिल्स, किसान भवन, जेल रोड, भोपाल

क्रमांक/बोर्ड कार्मिक/ख/632 पार्ट/8790

भोपाल दिनांक 08/12/2021

प्रति,

1. संयुक्त संचालक/उपसंचालक,  
म.प्र.राज्य कृषि विपणन बोर्ड  
आंचलिक कार्यालय भोपाल, इन्दौर, उज्जैन,  
जबलपुर, ग्वालियर, सागर, रीवा।
2. कार्यपालन यंत्री  
म.प्र.राज्य कृषि विपणन बोर्ड  
तकनीकी संभाग.....(समस्त)

विषय :- म.प्र.राज्य कृषि विपणन बोर्ड एवं प्रदेश की कृषि उपज मंडी समिति में कार्यरत सेवकों को मुख्यमंत्री कोविड-19 विशेष अनुग्रह योजना के क्रियान्वयन के संबंध में।

संदर्भ :- (1) म.प्र. राज्य कृषि विपणन बोर्ड के आदेश क्रमांक/बोर्ड/कार्मिक/ख/632पार्ट /8601-02 दिनांक 25.11.2021

(2) मण्डी बोर्ड का पत्र क्रमांक/बो.का./ख/632/पार्ट/8709 दिनांक 02.12.21

म.प्र. राज्य कृषि विपणन बोर्ड के संचालक मण्डल द्वारा लिये गये निर्णय के पालन में मण्डी बोर्ड द्वारा कोविड-19 से ग्रसित होने के कारण म. प्र. शासन, द्वारा जारी ज्ञापन क्रमांक/आर 895-896/1153/2021/नियम/चार भोपाल दिनांक 21.05.2021 अंतर्गत मुख्यमंत्री कोविड-19 विशेष अनुग्रह योजना को अंगीकार करते हुये "राज्य मंडी बोर्ड सेवा विनियम 1998" में आदेश क्रमांक/बोर्ड/कार्मिक/ख/632 पार्ट/8601-02 दिनांक 25.11.2021 द्वारा लागू की गई है।

म. प्र. शासन, द्वारा जारी ज्ञापन क्रमांक/आर 895-896/1153/2021/नियम/चार भोपाल दिनांक 21.05.2021 में उल्लेखित दिशा निर्देश के तहत संभाग एवं संभाग अंतर्गत कृषि उपज मंडी समितियों में राज्य मंडी बोर्ड सेवा के सेवकों कि परिपत्र में उल्लेखित अवधि में मृत्यु होने पर उनके परिवार के आश्रित सदस्य को मुख्यमंत्री कोविड-19 विशेष अनुग्रह योजना अंतर्गत राशि स्वीकृति हेतु संदर्भित पत्र क्रमांक-8709-10 दिनांक 02.12.2021 से प्रस्ताव चाहा गया है।

उक्त के संबंध में राज्य शासन द्वारा जारी दिशा-निर्देश अन्तर्गत मुख्यमंत्री कोविड-19 विशेष अनुग्रह योजना के अन्तर्गत दावा प्रस्तुत करने हेतु इस पत्र के साथ आवेदन पत्र का प्रारूप संलग्न है।

अतः उक्त आवेदन पत्र में मृतक के परिवार के आश्रित(दावेदार) से संलग्न निर्धारित प्रारूप में आवेदन तथा अन्य आवश्यक समस्त सत्यापित अभिलेख संबंधित सचिव, कृषि उपज मंडी समिति से प्राप्त कर अनुशंसा सहित म.प्र.राज्य कृषि विपणन बोर्ड मुख्यालय में अनुशंसा सहित दिनांक 15.12.2021 तक अनिवार्य रूप से उपलब्ध कराना सुनिश्चित करें।

संलग्न :- आवेदन प्रारूप  
संलग्न परिशिष्ट - 1 से 04 तक

अपर संचालक(कार्मिक)  
म.प्र.राज्य कृषि विपणन बोर्ड,  
भोपाल

क्रमांक/बोर्ड कार्मिक/ख/632 पार्ट/879।

भोपाल दिनांक 08/12/2021

प्रतिलिपि :- सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही के लिए।

1. अपर संचालक(वित्त) म.प्र.राज्य कृषि विपणन बोर्ड, भोपाल।
2. भारसाधक अधिकारी/सचिव, कृषि उपज मंडी समिति.....जिला.....  
(समस्त) म.प्र.। 01 मार्च 2021 से 30 जून 2021 (यदि सेवायुक्त योजना अवधि में कोविड-19 पाजिटिव था लेकिन उनकी मृत्यु योजना अवधि समाप्त होने के पश्चात कोविड-19 पॉजिटिव होने के 60 दिवस के भीतर हो गई है) तक राज्य मंडी बोर्ड सेवा के मृतक सेवको के परिवार के आश्रित सदस्यों(दावेदार) से संलग्न निर्धारित प्रारूप में आवेदन तथा अन्य समस्त आवश्यक अभिलेख प्राप्त कर अनुशंसा सहित संयुक्त संचालक/उप संचालक, ऑचलिक कार्यालय म.प्र.राज्य कृषि विपणन बोर्ड के माध्यम से मंडी बोर्ड मुख्यालय को दिनांक 15.12.2021 तक अनिवार्य रूप से उपलब्ध कराना सुनिश्चित करें।

संलग्न :- आवेदन प्रारूप।  
परिशिष्ट - 01 से 04 तक

अपर संचालक(कार्मिक)  
म.प्र.राज्य कृषि विपणन बोर्ड,  
भोपाल



परिशिष्ट-1

मुख्यमंत्री कोविड-19 विशेष अनुग्रह योजना के अंतर्गत दावा प्रस्तुत करने हेतु आवेदन पत्र :-

प्रति,

कार्यालय प्रमुख

.....

.....

श्री/श्रीमती/सुश्री ..... कार्यालय ..... में नियमिता/स्थाईकर्म/दैनिक घेतनभोगी/तदर्थ/संविदा/आउटसोर्स/अन्य के रूप में ..... कार्यरत थे। (यदि लागू हो) वे .....पद पर कार्यरत थे। इनका कोविड-19 के उपचार के दौरान/कोविड-19 से स्वस्थ होने के पश्चात संक्रमित होने के साठ दिवस में बीमारी के कारण दिनांक ..... को निधन हुआ है।

मुख्यमंत्री कोविड-19 विशेष अनुग्रह योजनांतर्गत पात्रतानुसार अनुग्रह राशि स्वीकृत करने का कष्ट करें।

दावेदार/दावेदारों के नाम हस्ताक्षर .....

पता एवं दूरभाष/मोबाईल नंबर .....

दावेदार  
का रंगीन  
छायाचित्र

संलग्न दस्तावेजों की सूची:-

- i. मृतक सेवायुक्त का पहचान प्रमाण ( प्रमाणित प्रति)
- ii. दावेदार का पहचान प्रमाण पत्र (प्रमाणित प्रति)
- iii. मृतक और दावेदार के बीच संबंधों का प्रमाणपत्र (प्रमाणित प्रति)
- iv. मृतक के परिवार का विवरण- मृतक के पति/पत्नी (जैसा लागू हो), विधिक संतान/माता पिता का विवरण (अभिलेखीय साक्ष्य की प्रमाणित प्रति)
- v. प्रयोगशाला रिपोर्ट (आरटीपीसीआर/आरएटी) जिसमें यह प्रमाणित किया गया हो कि कोविड-19 के परीक्षण में पॉजिटिव रिपोर्ट आई है।(मूल या प्रमाणित प्रति में)
- vi. मृत्यु प्रमाण पत्र (मूल में)
- vii. रद्द (कैंसिल) किया हुआ बैंक (मूल में) /पासबुक की छायाप्रति जिसमें बैंक खाते का संपूर्ण विवरण उपलब्ध हो
- viii. आउटसोर्स सेवायुक्त की स्थिति में संबंधित आउटसोर्स एजेंसी का मृतक के नियोजन के संबंध में प्रमाण पत्र।(प्रमाण पत्र की मूल प्रति)
- ix. कोविड-19 पॉजिटिव के उपचार के दौरान मृत्यु हुई अथवा कोविड-19 से स्वस्थ होने के पश्चात किसी बीमारी से मृत्यु होने के संबंध में चिकित्सक का प्रमाण पत्र । जहां चिकित्सक का प्रमाण पत्र देना संभव नहीं हो तो इस संबंध में परिवार का सेल्फ सर्टिफिकेशन जिसमें मृत्यु का पारोस्वात का स्पष्ट उल्लेख हो ।

परिशिष्ट-2

मुख्यमंत्री कोविड-19 विशेष अनुग्रह योजना के अंतर्गत प्रस्तुत दावे को  
कार्यालय प्रमुख द्वारा सक्षम स्वीकृतकर्ता अधिकारी को प्रस्तुत करने हेतु प्रारूप :-

प्रति,

सक्षम स्वीकृतकर्ता अधिकारी

.....  
मुख्यमंत्री कोविड-19 विशेष अनुग्रह योजना

विषय :- मुख्यमंत्री कोविड-19 विशेष अनुग्रह योजना अंतर्गत प्राप्त दावे की स्वीकृति हेतु ।

—ooo—

मुख्यमंत्री कोविड-19 विशेष अनुग्रह योजना अंतर्गत कोविड-19 के कारण मृत हुए सेवायुक्त श्री/श्रीमती/सुश्री .....को पात्रतानुसार अनुग्रह राशि स्वीकृति हेतु दावेदार श्री/श्रीमती/सुश्री ..... द्वारा आवेदन प्रस्तुत किया है। कार्यालयीन परीक्षण अनुसार दावेदार को योजनांतर्गत अनुग्रह राशि स्वीकृति की पात्रता है। पात्रता राशि का गणना पत्रक एवं कार्यालय प्रमुख द्वारा जारी प्रमाणीकरण संलग्न है।

मुख्यमंत्री कोविड-19 विशेष अनुग्रह योजनांतर्गत पात्रतानुसार अनुग्रह राशि स्वीकृत करने का कष्ट करें।

कार्यालय प्रमुख

नाम, हस्ताक्षर एवं सील

संलग्न दस्तावेजों की सूची:-

- i. दावेदार द्वारा निर्धारित दावा पत्र एवं संलग्न दस्तावेज (परिशिष्ट-1)
- ii. अनुग्रह राशि का गणना पत्रक (परिशिष्ट-3)
- iii. कार्यालय प्रमुख का प्रमाणीकरण(परिशिष्ट-4)

(परिशिष्ट-3)

**मुख्यमंत्री कोविड-19 विशेष अनुग्रह योजना राशि का गणना पत्रक**

मृतक सेवायुक्त का नाम ...../ कार्यालय का नाम...../ पद..... (यदि लागू हो) को देय राशि का विवरण-

1. अनुग्रह राशि (एक्सग्रेसिया) - (अ)
2. उपादान की राशि - (ब)
3. कुल भुगतान योग्य/की गई राशि - (स = अ+ब)
4. देय अनुग्रह राशि = रुपये 5 लाख - (स)

कार्यालय प्रमुख  
नाम, हस्ताक्षर एवं सील





(परिशिष्ट-4)

**मुख्यमंत्री कोविड-19 विशेष अनुग्रह योजना हेतु**

**कार्यालय प्रमुख द्वारा जारी प्रमाणीकरण**

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/सुश्री ..... जिनका कोविडग्रस्त होने के पश्चात, बीमारी से कोविड-पॉजिटिव होने के दो माह की सीमा में मृत्यु हो गई है, मृत्यु के समय इस कार्यालय में नियमित/स्थाईकर्मो/दैनिक वेतनभोगी/तदर्थ/संविदा/आऊटसोर्स/अन्य के रूप में (यदि लागू हो) ..... पद पर कार्यरत थे।



कार्यालय प्रमुख

नाम, हस्ताक्षर एवं सील