

**मध्य प्रदेश पावर जनरेटिंग कंपनी लिमिटेड, कोविड-19 अनुकंपा  
नियुक्ति योजना अंतर्गत आवेदन पत्र का प्रारूप**

1. (क) दिवंगत कंपनी सेवक / सेवायुक्त का पूर्ण नाम .....
- (ख) पदनाम एवं कर्मचारी संख्या .....
- (ग) नियोजन का प्रकार- नियमित/ कार्यभारित एवं आकस्मिकता से वेतन पाने वाले/  
दैनिक वेतनभोगी/तदर्थ/संविदा/कलेक्टर दर/आउटसोर्स/मानदेय
- (घ) दिवंगत कंपनी सेवक/सेवायुक्त की मृत्यु का दिनांक .....
- (ड.) कार्यालय का नाम जहां मृत्यु पूर्व दिवंगत  
कंपनी सेवक/सेवायुक्त पदस्थ था .....
2. (क) आवेदक/आवेदिका का पूर्ण नाम .....
- (ख) दिवंगत कंपनी सेवक/सेवायुक्त से संबंध .....
- (ग) स्थाई पता .....
- (घ) वर्तमान पता .....
- (ड.) जन्मतिथि - अंकों में .....
- शब्दों में .....
- (च) आयु .....
- (छ) धर्म .....
- (ज) जाति (यदि अनुसूचित जाति/जनजाति या  
अन्य पिछड़ा वर्ग(क्रिमी/ गैर क्रिमीलेयर)  
के हो तो स्पष्ट रूप से दर्शाये) .....
- (झ) शैक्षणिक अर्हताओं का विवरण .....
- (ञ) अन्य अर्हताओं का विवरण .....
- (ट) आवेदक/आवेदिका का मोबाईल नं. ....
- (ठ) आवेदक/आवेदिका का ई-मेल आई.डी .....
- (ड) क्या आवेदक फैमिली/परिवार पेंशनर है .....
- (यदि हो तो विवरण दे)

आश्रित  
सदस्य का  
अद्यतन रंगीन  
छायाचित्र

स.क्र.	पी.पी.ओ. क्रमांक	वरिष्ठ लेखाधिकारी कार्यालय का नाम, जहा से प्रथम भुगतान हुआ	बैंक का नाम व पता	बैंक खाता क्रमांक
1	2	3	4	5

3. (क) दिवंगत कंपनी सेवक/सेवायुक्त के आश्रित परिवार के सदस्यों का विवरण एवं आवेदक को अनुकंपा नियुक्ति देने हेतु सहमति:-

स.क्र.	परिवार के सदस्यों के पूर्ण नाम	आयु	दिवंगत कंपनी सेवक/सेवायुक्त के साथ संबंध	यदि सेवारत हो तो उसका विवरण सेवारत शासकीय/अर्द्धशासकीय या निजी सेवा	आवेदक को अनुकम्पा नियुक्ति देने हेतु परिवार के सदस्यों की सहमति/असहमति एवं हस्ताक्षर	टीप
1	2	3	4	5	6	7

**घोषणा पत्र**

1. मैं, एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि, मेरे द्वारा दी गई उपरोक्त जानकारी मेरे ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार सत्य है, एवं मेरे द्वारा कोई भी जानकारी जो अनुकम्पा नियुक्ति हेतु प्रदान की जानी चाहिये छुपाई नहीं गई है। यदि मेरे द्वारा दी गई जानकारी नियुक्ति के पूर्व या बाद में असत्य/गलत पाई जाती है अथवा नियुक्ति के पश्चात् अपात्रता पाई जाती है तो मैं पूर्ण रूप से जानता/जानती हूँ कि मेरी नियुक्ति निरस्त कर दी जाएगी और इस संबंध में प्रावधानित विधि एवं नियमों के अधीन मेरे द्वारा की जाने वाली कार्यवाही के लिये मैं उत्तरदायी रहूंगा/रहूंगी।
2. मैं यह वचन देता हूँ/देती हूँ कि, मैं स्व. श्री .....  
(दिवंगत कंपनी सेवक/सेवायुक्त का नाम ) के आश्रित परिवार के अन्य सदस्यों का समुचित भरण-पोषण करूंगा/करूंगी, बाद में किसी भी समय यदि यह प्रमाणित हो जाए कि, मेरे द्वारा परिवार के सदस्यों को अनदेखा किया जा रहा है, अथवा उनका सही ढंग से भरण-पोषण नहीं किया जा रहा है तो मेरी अनुकम्पा नियुक्ति समाप्त की जा सकेगी ।

स्थान : .....

**आवेदक के हस्ताक्षर**

दिनांक : .....

**टीप :-** आवेदन पत्र के साथ निम्नलिखित दस्तावेजों की स्वतः द्वारा अभिप्रमाणित छायाप्रतियां संलग्न की जावें :-

- 1) दिवंगत कंपनी सेवक/सेवायुक्त का मृत्यु प्रमाण-पत्र
- 2) मृतक सेवक/सेवायुक्त का पहचान प्रमाण-पत्र
- 3) आश्रित सदस्य का पहचान प्रमाण-पत्र
- 4) शैक्षणिक तथा अन्य अर्हताओं की अंकसूची/प्रमाण पत्र
- 5) जन्म तिथि का प्रमाण पत्र
- 6) मध्यप्रदेश के स्थानीय निवासी/मूल निवासी होने का प्रमाण पत्र
- 7) यदि आवेदक अनुसूचित जाति/जनजाति तथा अन्य पिछड़े वर्ग का हो तो तदविषयक प्रमाण पत्र
- 8) मृतक और आश्रित सदस्य के बीच संबंधों का प्रमाण पत्र ।
- 9) प्रयोगशाला रिपोर्ट जिसमें यह प्रमाणित किया गया हो कि कोविड-19 के परीक्षण में कोविड-19 की पॉजिटिव रिपोर्ट आई है।
- 10) आउटसोर्स सेवायुक्त की स्थिति में संबंधित आउटसोर्स एजेन्सी का मृतक के नियोजन के संबंध में प्रमाण पत्र।
- 11) कोविड-19 पाजिटिव के उपचार के दौरान मृत्यु हुई अथवा कोविड-19 स्वस्थ होने के पश्चात् 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 की परिस्थिति का स्पष्ट उल्लेख हो।
- 12) आवेदक के परिवार का कोई सदस्य नियमित सेवा में नियोजित न होने का शपथ पत्र

**//कार्यालय प्रमुख का प्रमाणीकरण //**

प्रमाणित किया जाता है कि :

1. आवेदक/आवेदिका द्वारा आवेदन पत्र में, दिये गये संपूर्ण तथ्यों/विवरण की सूक्ष्मता से जांच कर ली गई है ।
2. आवेदक/आवेदिका ने आश्रित परिवार तथा उनके रोजगार का जो विवरण दिया है, उसका प्रमाणीकरण कर लिया गया है।
3. प्रमाणित किया जाता है कि श्री ..... दिनांक ..... को कोविडग्रस्त हुये तथा उनकी मृत्यु दिनांक ..... को हो गई है। मृत्यु के समय वे इस कार्यालय में नियमित/कार्यभारित एवं आकस्मिकता से वेतन पाने वाले/दैनिक वेतनभोगी/ तदर्थ/संविदा/कलेक्टर दर/आउटसोर्स/मानदेय के रूप में .....पद पर कार्यरत थे ।
4. मैं पूर्ण जांचोंपरांत इस बात से संतुष्ट हूँ कि आवेदक/आवेदिका को मध्य प्रदेश पावर जनरेटिंग कंपनी लिमिटेड, कोविड-19 अनुकंपा नियुक्ति योजना के अंतर्गत अनुकंपा नियुक्ति की पात्रता आती है।

कार्यालय प्रमुख के हस्ताक्षर  
(जहां दिवंगत कंपनी सेवक/सेवायुक्त  
कार्यरत था)

नाम.....  
कार्यालय का नाम.....