



Department of Social Security and Women & Child Development / ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਅਤੇ ਇਸਤਰੀ ਤੇ ਬਾਲ ਵਿਕਾਸ ਵਿਭਾਗ
Application For Financial Assistance to Disabled Person / ਅਪੰਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਵਿਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਬਿਨੇ-ਪੱਤਰ

For Official Use Only/ ਕੇਵਲ ਦਫਤਰੀ ਵਰਤੋਂ

Government Fee: Rs. 0
Facilitation Charges: Rs 0

Application Number / ਅਰਜੀ ਨੰਬਰ:		Date of Application / ਅਰਜੀ ਦੀ ਮਿਤੀ	
Name of Block & Tehsil/ਬਲਾਕ/ ਤਹਿਸੀਲ ਦਾ ਨਾਂ			

Part – 1 Applicant's Details **1. Fields marked with asterisk (*) are mandatory** **2. Fill the details under this section in English**

Personal Data of Applicant / ਬਿਨੇਕਾਰ ਦਾ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਵੇਰਵਾ					Self-Attested Photo of Applicant (Live Photo to be Captured while submission of application)
Note : These details are of person who is applying on behalf of Person with Disability. If person with disability is applying the application self, then he/she has to enter his/her details / ਇਹ ਵੇਰਵਾ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਅਪਾਹਜ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਤਰਫ ਤੋਂ ਅਰਜੀ ਦੇ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਜੇ ਅਪੰਗਤਾ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਅਰਜੀ ਖੁਦ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸ ਨੂੰ ਖੁਦ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਦਰਜ ਕਰਨਾ ਹੈ।					
1. Name / ਨਾਂ *					
2. Father Name / ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਂ *					
3. Gender / ਲਿੰਗ *	Male/ ਮਰਦ <input type="checkbox"/> Female/ ਔਰਤ <input type="checkbox"/> Transgender / ਟ੍ਰਾਂਸਜੈਂਡਰ <input type="checkbox"/>				
4. Marital Status / ਵਿਆਹ ਬਾਰੇ *	Married <input type="checkbox"/> ਵਿਆਹਿਆ ਹੋਇਆ Unmarried <input type="checkbox"/> ਅਣਵਿਆਹੇ Divorced <input type="checkbox"/> ਤਲਾਕਸ਼ੁਦਾ Separated <input type="checkbox"/> ਵੱਖਰੇ ਰਹਿੰਦੇ Widowed <input type="checkbox"/> ਵਿਧਵਾ				
5. Spouse Name / ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਦਾ ਨਾਂ * (Only in case of Married, Separated and Widowed)					
6. Mobile Number / ਮੋਬਾਈਲ ਨੰ. *					Email ID:
7. Region / ਖੇਤਰ *	Rural / ਪੇਂਡੂ <input type="checkbox"/> Urban / ਸ਼ਹਿਰੀ <input type="checkbox"/>				
8. Permanent Address / ਪੱਕਾ ਪਤਾ *					
9. PIN Code / ਪਿਨ ਕੋਡ *					
10. Sub District/Tehsil / ਤਹਿਸੀਲ *					
11. District / ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ *					
12. District / ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ *					
13. Village / ਪਿੰਡ (In case of Rural Region only /					

Part – 2 Beneficiary's Details **1. Fields marked with asterisk (*) are mandatory** **2. Fill the details under this section in English**

Personal Data of Person with Disability (PWD) / ਅਪੰਗ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਵੇਰਵਾ					Self-Attested Photo of Person with Disability (In case of self, the live photo captured will be used, this photo not required and in all other cases this picture will be uploaded in online application and will be printed on ID Card)
1. Applicant's relation with PWD / ਬਿਨੇਕਾਰ ਦਾ ਅਪੰਗ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ * <input type="checkbox"/> Self / ਖੁਦ <input type="checkbox"/> Mother / ਮਾਤਾ <input type="checkbox"/> Father / ਪਿਤਾ <input type="checkbox"/> Gaurdian/ ਸਰਪ੍ਰਸਤ					
2. Name of Person with Disability / ਅਪੰਗਤਾ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ * (Except for Self)					
3. Father's Name / ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਂ * (Except for Self)					
4. Mother's Name / ਮਾਤਾ ਦਾ ਨਾਂ *					
5. Date of Birth / ਜਨਮ ਮਿਤੀ *					
6. Gender / ਲਿੰਗ * (Except for Self)					
Male/ ਮਰਦ <input type="checkbox"/> Female/ ਔਰਤ <input type="checkbox"/> Transgender / ਟ੍ਰਾਂਸਜੈਂਡਰ <input type="checkbox"/>					
7. Marital Status / ਵਿਆਹ ਬਾਰੇ *					
Married <input type="checkbox"/> ਵਿਆਹਿਆ ਹੋਇਆ Unmarried <input type="checkbox"/> ਅਣਵਿਆਹੇ Divorced <input type="checkbox"/> ਤਲਾਕਸ਼ੁਦਾ Separated <input type="checkbox"/> ਵੱਖਰੇ ਰਹਿੰਦੇ Widowed <input type="checkbox"/> ਵਿਧਵਾ					
8. Mobile Number / ਮੋਬਾਈਲ ਨੰ. * (Except for Self)					Email Id
9. Permanent Address of PWD* / ਅਪੰਗਤਾ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਪੱਕਾ ਪਤਾ (Except for Self)					
10. PIN Code / ਪਿਨ					11. PIN Code / ਪਿਨ ਕੋਡ *
12. District / ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ *					13. District / ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ *
14. Village / ਪਿੰਡ (In case of Rural Region only /					



Part – 3 Service Details

These details are of the Person with Disability / ਇਹ ਵੇਰਵਾ ਅਪਰਜ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹੈ																																			
1.	Reservation category / ਰਿਜ਼ਰਵੇਸ਼ਨ ਸ਼੍ਰੇਣੀ *	<input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> OBC <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> ST																																	
2.	Nature of disability / ਅਪੰਗਤਾ ਦੀ ਕਿਸਮ? * (Tick any one)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Type of Disability</th> <th>Sub Type 1</th> <th>Sub Type 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="10">Physical disability</td> <td rowspan="5">Locomotor disability</td> <td>Leprosy cured person <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cerebral palsy <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dwarfism <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Muscular dystrophy <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Acid attack victims <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Visual impairment</td> <td>Blindness <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Low-vision <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Hearing impairment</td> <td>Deaf <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hard of hearing <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Speech and language disability</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Intellectual disability</td> <td>Specific learning disabilities <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autism spectrum disorder <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mental behavior</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Disability due to chronic neurological conditions</td> <td>Multiple sclerosis <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Parkinson's disease <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Disability due to blood disorder</td> <td>Haemophilia <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Thalassemia <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sickle cell disease <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Multiple Disabilities (more than one of the above specified disabilities)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Type of Disability	Sub Type 1	Sub Type 2	Physical disability	Locomotor disability	Leprosy cured person <input type="checkbox"/>	Cerebral palsy <input type="checkbox"/>	Dwarfism <input type="checkbox"/>	Muscular dystrophy <input type="checkbox"/>	Acid attack victims <input type="checkbox"/>	Visual impairment	Blindness <input type="checkbox"/>	Low-vision <input type="checkbox"/>	Hearing impairment	Deaf <input type="checkbox"/>	Hard of hearing <input type="checkbox"/>	Speech and language disability	<input type="checkbox"/>	Intellectual disability	Specific learning disabilities <input type="checkbox"/>	Autism spectrum disorder <input type="checkbox"/>	Mental behavior	<input type="checkbox"/>	Disability due to chronic neurological conditions	Multiple sclerosis <input type="checkbox"/>	Parkinson's disease <input type="checkbox"/>	Disability due to blood disorder	Haemophilia <input type="checkbox"/>	Thalassemia <input type="checkbox"/>	Sickle cell disease <input type="checkbox"/>	Multiple Disabilities (more than one of the above specified disabilities)	<input type="checkbox"/>
Type of Disability	Sub Type 1	Sub Type 2																																	
Physical disability	Locomotor disability	Leprosy cured person <input type="checkbox"/>																																	
		Cerebral palsy <input type="checkbox"/>																																	
		Dwarfism <input type="checkbox"/>																																	
		Muscular dystrophy <input type="checkbox"/>																																	
		Acid attack victims <input type="checkbox"/>																																	
	Visual impairment	Blindness <input type="checkbox"/>																																	
		Low-vision <input type="checkbox"/>																																	
		Hearing impairment	Deaf <input type="checkbox"/>																																
	Hard of hearing <input type="checkbox"/>																																		
	Speech and language disability	<input type="checkbox"/>																																	
Intellectual disability		Specific learning disabilities <input type="checkbox"/>																																	
	Autism spectrum disorder <input type="checkbox"/>																																		
Mental behavior	<input type="checkbox"/>																																		
Disability due to chronic neurological conditions	Multiple sclerosis <input type="checkbox"/>																																		
	Parkinson's disease <input type="checkbox"/>																																		
Disability due to blood disorder	Haemophilia <input type="checkbox"/>																																		
	Thalassemia <input type="checkbox"/>																																		
	Sickle cell disease <input type="checkbox"/>																																		
Multiple Disabilities (more than one of the above specified disabilities)	<input type="checkbox"/>																																		
3.	Percentage of disability / ਅਪੰਗਤਾ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀਸ਼ਤ *																																		
4.	Since when residing in Punjab / ਕਦੋਂ ਤੋਂ ਪੰਜਾਬ ਵਿੱਚ ਰਹਿ ਰਿਹਾ ਹਾਂ *	Only Year / ਕੇਵਲ ਸਾਲ _____																																	
5.	Annual Income of PWD from all sources/ਸਾਰੇ ਵਸੀਲਿਆਂ ਤੋਂ ਸਾਲਾਨਾ ਕਮਾਈ																																		
6.	Aadhar No. of PWD / ਆਧਾਰ ਕਾਰਡ ਨੰਬਰ *																																		
7.	Aadhar No. of Parent/Guardian of PWD / ਮਾਪੇ/ ਸ਼ੁਪ੍ਰਸਤ ਦਾ ਆਧਾਰ ਨੰਬਰ																																		
8.	Application Processing Office / ਅਰਜੀ ਨਿਪਟਾਰਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਦਫ਼ਤਰ *	CDPO Office / ਕੇਵਲ ਬਾਲ ਭਲਾਈ ਦਫ਼ਤਰ:																																	

Part – 3 Bank Details

Bank Details of Person with Disability / ਅਪੰਗ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਦਾ ਵੇਰਵਾ	
1.	Bank Name / ਬੈਂਕ ਦਾ ਨਾਂ *
2.	IFSC Code / ਆਈ. ਐਫ. ਐਸ. ਸੀ. ਕੋਡ *
3.	Branch Name and Address / ਬ੍ਰਾਂਚ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤਾ *
4.	Account Number / ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ *



Part-3 List of Required Documents / ਜ਼ਰੂਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ

SN	Name of Documents	Whether Mandatory / Optional
1.	Date of Birth Proof of Person with Disability / ਅਪੰਗ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਜਨਮ ਮਿਤੀ ਦਾ ਸਬੂਤ A . Aadhar Card and B . Voter Card or Voter List or Birth Certificate Issued by Competent Authority or Matriculation Certificate	Mandatory
2.	Proof of Disability / ਅਪੰਗਤਾ ਦਾ ਸਬੂਤ (Issued by Competent Authority)	Mandatory
3.	ID cum Residence proof of the Parent/ Guardian / ਮਾਪੇ/ ਸ਼ੁਪਸਤ ਦੀ ਪਹਿਚਾਣ ਅਤੇ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦਾ ਸਬੂਤ (Driving License / Passport / Voter Card / Aadhar Card)	Mandatory (Only in case application is not applied in self mode)
4.	Self-Declaration (ਸਵੈ ਘੋਸ਼ਨਾ ਪੱਤਰ)	Mandatory
5.	First page of Passbook / ਪਾਸਬੁੱਕ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਪੰਨੇ ਦੀ ਕਾਪੀ	Mandatory

ਘੋਸ਼ਣਾ/Declaration:-

ਮੈਂ ਇਹ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ / ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਅਤੇ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਸੂਚਨਾ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਅਨੁਸਾਰ ਦਰੁਸਤ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਵੀ ਛੁਪਾਇਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ ਹੈ। ਮੈਂ ਇਸ ਗੱਲ ਤੋਂ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜਾਣੂ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸੂਚਨਾ ਝੂਠੀ ਸਾਬਤ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਮੈਂ ਕਾਨੂੰਨ ਅਨੁਸਾਰ ਸਜ਼ਾ ਦਾ / ਦੀ ਭਾਗੀਦਾਰ ਹੋਵਾਂਗਾ / ਹੋਵਾਂਗੀ ਅਤੇ ਅਜਿਹੀ ਝੂਠੀ ਸੂਚਨਾ ਦੇ ਆਧਾਰ ਤੇ ਮੈਨੂੰ ਮਿਲੇ ਲਾਭ ਸਰਕਾਰੀ ਤੌਰ ਤੇ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਣਗੇ।

I Solemnly declare that the information provided as above and in attached documents is correct as per my belief and no information has been hidden in this. I am aware of the fact that if any of the information provided by me is proved incorrect/wrong then I can be punished in the court of law as per the provisions in the relevant Acts/rules/notifications and depending upon this wrong information, all the benefits provided by government to me shall also be stopped immediately.

ਮਿਤੀ:/Dated:

ਬਿਆਨਕਰਤਾ/Declarant
Citizen's Signature / Thumb Impression

Note: In case Person with Disability is minor, either of (Father/Mother/Guardian) needs to declare.
ਜੇਕਰ ਅਪਾਹਜ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਬਾਲਗ ਹੈ, ਤਾਂ (ਮਾਤਾ / ਪਿਤਾ / ਸਰਪ੍ਰਸਤ) ਕਿਸੇ ਇਕ ਨੂੰ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਨੀ ਹੈ