महत्वपूर्ण / समयबद्ध

संख्या–2695 / 65–2–2016–21(बजट) / 2015

प्रेषक,

पन्ना लाल,
उप सचिव,
उत्तर प्रदेश शासन।

सेवा में,

निदेशक,
विकलांगजन विकास,
उत्तर प्रदेश, लखनऊ।

विकलांग जन विकास अनुभाग–2 लखनऊ : दिनांक 21 दिसम्बर 2016

विषयः "उ0प्र0 में निःशक्तजन को कृत्रिम अंग / सहायक उपकरण खरीदने हेतु वित्तीय अनुदान स्वीकृत करने की नियमावली–2016" के सम्बन्ध में।

महोदय,

उपरोक्त विषय के सम्बन्ध में मुझे यह कहने का निदेश हुआ है कि "उ0प्र0 में निःशक्तजन को कृत्रिम अंग / सहायक उपकरण खरीदने हेतु वित्तीय अनुदान स्वीकृत करने की नियमावली–2016" को शासन द्वारा प्रख्यापित कर दिया गया है, जिसकी छायाप्रति संलग्न है।

अनुरोध है कि कृपया प्रश्नगत् नियमावली के अनुसार अग्रेतर कार्यवाही करने हेतु समस्त सम्बन्धितों को निर्देशित करते हुए कृत कार्यवाही से शासन को भी अवगत कराने का कष्ट करें।

संलग्नक–यथोक्त।

भवदीय

(पन्ना लाल)
उप सचिव।

संख्या–2695(1) / 65–2–2016 तद्दिनांक।

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित।

1. आयुक्त, विकलांगजन, उ0प्र0, लखनऊ।
2. समस्त मण्डलायुक्त / समस्त जिलाधिकारी, उ0प्र0।
3. समस्त मण्डलीय उपनिदेशक / जिला विकलांगजन विकास अधिकारी, उ0प्र0।
4. वित्त (व्यय नियन्त्रण) अनुभाग–3 / वित्त (आय–व्ययक) अनुभाग–1 ।
5. विकलांगजन विकास अनुभाग–1 / 3 ।
6. गार्ड फाइल।

आज्ञा से

(पन्ना लाल)
उप सचिव।

उत्तर प्रदेश शासन
विकलांगजन विकास अनुभाग-2
संख्या-1275/65-2-2016-21(बजट)/2015
लखनऊ : दिनांक : 21 दिसम्बर 2016

प्रकीर्ण

संविधान के अनुच्छेद 162 के अधीन प्रदत्त कार्यकारी शक्ति का प्रयोग करके श्री राज्यपाल महोदय, उत्तर प्रदेश में निःशक्तजन को कृत्रिम अंग एवं सहायक उपकरण खरीदने हेतु वित्तीय अनुदान स्वीकृत किए जाने के लिए पूर्व प्रचलित नियमावली को अतिक्रमित करते हुए निम्नवत् नियमावली बनाये जाने की सहर्ष स्वीकृति प्रदान करते हैं :-

1- **नाम** उत्तर प्रदेश में निःशक्तजन को कृत्रिम अंग एवं सहायक उपकरण खरीदने हेतु **वित्तीय अनुदान स्वीकृत करने की नियमावली,** 2016

2- **प्रारम्भ** यह नियमावली तात्कालिक प्रभाव से प्रवृत्त होगी।

3- **परिभाषा** जब तक संदर्भ में अन्यथा अपेक्षित न हो, इस नियमावली में:-

(i) नियमावली का तात्पर्य उत्तर प्रदेश में **"निःशक्तजन को कृत्रिम अंग एवं सहायक उपकरण खरीदने हेतु वित्तीय अनुदान स्वीकृत करने की नियमावली,** 2016"से है।

(ii) निःशक्तजन का तात्पर्य निःशक्तजन (समान अवसर, अधिकार, संरक्षण एवं पूर्ण भागीदारी) अधिनियम-1995 की धारा 2-भ में दी गयी परिभाषा के अनुसार उस व्यक्ति से है जिसमें न्यूनतम 40 प्रतिशत की निःशक्तता किसी सक्षम चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा प्रमाणित की गयी हो।

(iii) मानसिक मंदता का तात्पर्य नेशनल ट्रस्ट फॉर वेलफेयर ऑफ परसन्स विद ऑटिज्म, सेरिब्रल पॉलिसी, मेन्टल रिटार्डडेशन एण्ड मल्टिपिल डिसऐबिलिटी एक्ट 1999 में दी गयी परिभाषा से होगा।

(iv) मानसिक रूग्णता का तात्पर्य मानसिक मंदता से भिन्न कोई मानसिक विकार से है।

(v) ''निःशक्तता'' का अर्थ निःशक्तजन (समान अवसर, अधिकार, संरक्षण और पूर्ण भागीदारी) अधिनियम-1995 की धारा 2-झ में परिभाषित निःशक्तजन से है।

(vi) अनुदान का तात्पर्य इस नियमावली के अन्तर्गत निःशक्तजन को कृत्रिम अंग एवं सहायक उपकरण इत्यादि खरीदने हेतु वित्तीय अनुदान स्वीकृत किये जाने वाले अनुदान से है।

(vii) निदेशक का तात्पर्य निदेशक, विकलांगजन विकास निदेशालय, उत्तर प्रदेश से है ।

(iix) जिला विकलांगजन विकास अधिकारी का तात्पर्य सम्बन्धित जनपद के जिला विकलांगजन विकास अधिकारी से है।

(ix) जिलाधिकारी का तात्पर्य सम्बन्धित जनपद के जिलाधिकारी से है।

(x) ग्राम पंचायत का तात्पर्य पंचायतीराज अधिनियम द्वारा परिभाषित किये गये निकाय से होगा।

4- **उद्‌देश्य एवं प्रयोजन** इस योजना का मुख्य उद्‌देश्य ऐसे निःशक्तजन को कृत्रिम अंग एवं सहायक उपकरण इत्यादि खरीदने हेतु वित्तीय अनुदान प्रदान करना है जिनकी (नियोजित या स्वरोजगार की दशा में) या जिनके परिवार की (आश्रित की दशा में) समस्त स्रोतों से वार्षिक आय गरीबी की रेखा के लिए निर्धारित आय सीमा से अधिक न हो, अर्थात् वर्तमान में ग्रामीण क्षेत्रों में रू0 46080/- तथा शहरी क्षेत्रों में रू0 56460/- प्रति परिवार प्रति-वर्ष निर्धारित आय अथवा उ0प्र0 सरकार द्वारा संशोधित निर्देशों के अनुरूप।

5- **अनुदान की दर** इस योजना के अन्तर्गत निःशक्त जन को कृत्रिम अंग एवं सहायक उपकरण इत्यादि खरीदने हेतु वित्तीय अनुदान की अधिकतम धनराशि प्रति लाभार्थी रू0 8000/- अनुमन्य होगी, अथवा उ0प्र0 शासन द्वारा समय-समय पर संशोधित दर अनुमन्य होगी।

6- **पात्रता** योजना अन्तर्गत वित्तीय अनुदान प्राप्त करने हेतु निम्न शर्तों को पूरा करने वाले निःशक्तजन पात्र होंगे :-

(i) किसी भी आयु वर्ग के निःशक्तजन जो उत्तर प्रदेश के निवासी हों।

(ii) ऐसे निःशक्तजन जिनमें न्यूनतम् 40 प्रतिशत की निःशक्तता राज्य सरकार द्वारा प्राधिकृत प्राधिकारी द्वारा प्रमाणित की गई हो। मानसिक मन्दता की स्थिति में किसी व्यक्ति के चित्त की अवरूद्ध या अपूर्ण विकास की अवस्था जो विशेष रूप से वृद्धि की असामान्यता द्वारा अभिलक्षित होती है जिसे प्रधिकृत अधिकारी द्वारा प्रमाणित किया गया है।

(iii) निःशक्तजन हेतु आवश्यक कृत्रिम अंग/सहायक उपकरण हेतु चिकित्साधिकारी द्वारा संस्तुति की गयी हो।

(iv) ऐसे विकलांगजन जिन्हे समान प्रयोजन/उपकरण के लिए भारत सरकार/राज्य सरकार/स्थानीय निकाय से पिछले तीन वर्षों के दौरान लाभान्वित नहीं किया गया हो, तथापि किसी शैक्षिक संस्थान के नियमित छात्रों के लिए यह सीमा 01 वर्ष के लिए होगी।

7- **आय** अनुदान प्राप्त करने हेतु निम्नानुसार आय सीमा अन्तर्गत आने वाले निःशक्तजन पात्र होंगे :-

(i) निःशक्तजन जिनकी समस्त स्रोतों से वार्षिक आय गरीबी की रेखा के लिये निर्धारित वार्षिक आय सीमा से अधिक न हो।

(ii) आश्रित होने की दशा में माता-पिता/अभिभावक की आय समस्त स्रोतों से वार्षिक आय गरीबी की रेखा के लिये निर्धारित वार्षिक आय सीमा से अधिक न हो।

(iii) अनुदान प्राप्त करने हेतु मा0सांसद, मा0विधायक, महापौर, पार्षद, नगर पंचायत अध्यक्ष, जिला पंचायत अध्यक्ष, जिले के प्रथम श्रेणी के मजिस्ट्रेट, तहसीलदार, खण्ड विकास अधिकारी अथवा ग्राम प्रधान द्वारा जारी आय प्रमाण-पत्र मान्य होगा। खण्ड विकास अधिकारी तथा ग्राम-प्रधान द्वारा ग्राम पंचायत/ग्राम सभा के आर्थिक रजिस्टर में दर्ज निःशक्त व्यक्ति की आय के आधार पर आय प्रमाण-पत्र जारी किया जायेगा।

8- **उपकरणों का विवरण** योजनान्तर्गत निःशक्तजन को उनकी विकलांगता के अनुरूप निम्न प्रकार के कृत्रिम अंग/सहायक उपकरण प्रदान किये जा सकते है :-

(i) गतिशीलता सहायक यन्त्र जैसे - ट्राईसाइकिल, व्हीलचेयर, सी.पी. चेयर, क्रचेज, वाकिंग स्टीक और वाकिंग फ्रेम/रोलेटर्स।

(ii) दृष्टि बाधित विकलांगता से ग्रस्त छात्र/छात्राओं के लिए शिक्षण उपकरण जैसे अंकगणितीय फ्रेम, एबाकस, ज्यामितिय किट्स अथवा ब्रेल एजूकेशनल किट्स।

(iii) दृष्टि बाधित निःशक्तजन के लिए ब्लाइन्ड स्टिक।

(iv) श्रवण बाधित निःशक्तजन हेतु विभिन्न प्रकार के श्रवण-सहायक यन्त्र तथा शैक्षणिक किट।

(v) मानसिक रूप से निःशक्त बच्चों एवं विद्यार्थियों हेतु एम.एस.ई.डी. किट (मल्टी-सेन्सरी ऐजूकेशन डेवलपमेंट किट)।

(vi) कुष्ठ रोग से मुक्त व्यक्तियों के दैनिक क्रियाकलापों सम्बन्धी किट (ए0डी0एल0 किट)।

(vii) बहुविकलांगता की दशा में अथवा जिन निःशक्तजन को एक से अधिक सहायक उपकरण की आवश्यकता होती है, उनके लिए एक बार में अधिकतम रू0 8000/- तक की वित्तीय अनुदान स्वीकृत की जायेगी।

9- **अनुदान की प्रक्रिया एवं प्रतिबन्ध** अनुदान की प्रक्रिया एवं प्रतिबन्ध निम्नानुसार होंगे :-

(i) निर्धारित प्रारूप पर आवेदन-पत्र सम्बन्धित जनपद के जिला विकलांग जन विकास अधिकारी, कार्यालय को प्रस्तुत किये जाने होंगे।

(ii) जिला विकलांग जन विकास अधिकारी द्वारा प्रत्येक वर्ष कार्यालय में प्राप्त प्रार्थना-पत्रों को सूचीबद्ध कर उपलब्ध धनराशि के सापेक्ष आवेदकों को वित्तीय अनुदान दिये जाने में ''प्रथम आवक एवं प्रथम पावक के सिद्धान्त'' के आधार पर स्वीकृत करेंगे।

(iii) इस योजना हेतु प्राप्त आवेदन-पत्र अपूर्ण होने के आधार पर निरस्त नहीं किये जायेंगे बल्कि जो अभिलेख/प्रमाण-पत्र आवेदन-पत्र के साथ संलग्न नहीं हैं उन्हें जिला विकलांग जन विकस अधिकारी द्वारा पूर्ण कराया जायेगा।

(iv) इस योजना के अन्तर्गत आवेदकों के आवेदन-पत्र प्राप्ति तथा वितरण हेतु पृथक-पृथक रजिस्टर विकास खण्डवार/ग्रामपंचायतवार तथा नगरीय क्षेत्रवार/वार्डवार तैयार किया जायेगा, जिसमें लाभार्थियों का सम्पूर्ण विवरण उपलब्ध रहेगा । साथ ही लाभार्थीवार यह भी अंकित किया जायेगा कि उसे इस योजना से कब लाभान्वित किया गया।

(v) योजना अन्तर्गत यदि किसी आवेदन-पत्र को निरस्त किया जाता है तो ऐसे आवेदकों की सूची निरस्त करने के स्पष्ट कारण सहित तैयार कर अनुरक्षित रखी जायेगी।

(vi) इस नियमावली के प्रभावी क्रियान्वयन हेतु निदेशक विकलांगजन विकास विभाग द्वारा समय-समय पर आवश्यक निर्देश जारी किये जायेंगे।

(vii) इस योजना के अन्तर्गत किसी भी विवादास्पद विषय पर शासन का निर्णय अन्तिम होगा तथा सभी को मान्य होगा।

(iix) जनपद को प्रश्नगत योजना हेतु आवंटित धनराशि का 5 प्रतिशत प्रशासनिक व्यय (प्रचार-प्रसार, परीक्षण तथा वितरण शिविर के आयोजन हेतु) करने की अनुमति होगी।

आज्ञा से

(महेश कुमार गुप्ता)
प्रमुख सचिव

विकलांगजन विकास विभाग उत्तर प्रदेश

स्वप्रमाणित फोटो

निःशक्तजन को कृत्रिम अंग/सहायक उपकरण हेतु वित्तीय अनुदान स्वीकृति के लिए प्रस्तावित आवेदन पत्र

<u>आवेदन पत्र</u>

नोटः आवेदन पत्र भरने से पूर्व उसमें उल्लिखित समस्त बिन्दुओं को ध्यानपूर्वक पढ़ लिया जाये, तत्पश्चात क्रमवार सभी बिन्दुओं पर वांछित सत्य एवं पूर्ण सूचना अंकित की जाय। आवेदन पत्र में इंगित बिन्दुओं में दिये गये निर्देशानुसार वांछित विवरण अनिवार्य रूप से संलग्न करें।आवेदन पत्र जिला विकलांग जन विकास अधिकारी कार्यालय में जमा किये जायेंगे।

1-प्रार्थी/प्रार्थिनी का नाम..

2-पिता/पति/अभिभावक का नाम...

3-प्रार्थी/प्रार्थिनी की जन्मतिथि ....

4-प्रार्थी/प्रार्थिनी की आयु वर्षों में............................ 5- लिंग (स्त्री/पुरूष).......................

6-स्थाई पताः- मकान न0..ग्राम/मोहल्ला..........................

ग्राम पंचायत/वार्ड......................................ब्लाक/नगर.........................

तहसील/जनपद...

7-वर्तमान पताः- मकान न0..ग्राम/मोहल्ला..........................

ग्राम पंचायत/वार्ड......................................ब्लाक/नगर ....

तहसील/जनपद...

8-दूरभाष संख्या/मोबाईल नम्बर..

9-जातिः..................................जाति प्रमाण-पत्र क्रमांक....................................

(यदि अनु0 जाति/अनु0जन जाति के हैं तो सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण-पत्र का क्रमांक अंकित करें।)

10-प्रार्थी/प्रार्थिनी का व्यवसाय...

11-यदि प्रार्थी/प्रार्थिनी अध्ययनरत है...

(अ) अध्ययनरत पाठ्यक्रम व कक्षा का विवरण..

(ब) संस्था का नाम व पता...

(स) नियमित विद्यार्थी है अथवा नहीं (हाँ/नहीं)..

12-प्रार्थी/प्रार्थिनी की मासिक आय

(अ) प्रार्थी/प्रार्थिनी स्वरोजगार/नियोजित हो तो व्यक्तिगत आय.......................................

(ब) आश्रित की स्थिति में अभिभावक की आय...

13-प्रार्थी/प्रार्थिनी का आधार संख्या (छाया-प्रति संलग्न करें)...

14-प्रार्थी/प्रार्थिनी का बी0पी0एल0/ए0पी0एल0/मदतदाता पहचान पत्र संख्या/अन्य किसी परिचय पत्र का विवरण एवं संख्या..

15-उत्तर प्रदेश में निवास की अवधि..

16-प्रार्थी/प्रार्थिनी की निःशक्तता का प्रकार तथा प्रतिशत...

(निःशक्तता प्रमाण-पत्र प्रस्तुत करें)

17-प्रार्थी/प्रार्थिनी के लिए आवश्यक कृत्रिम अंग/सहायक उपकरण का विवरण (लागत सहित)..................
....अनुमनित लागत रू0...................................

प्रार्थी/प्रार्थिनी के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

18-चिकित्साधिकारी का प्रमाण-पत्र :-

प्रमाण-पत्र

श्री/श्रीमती/कुमारी......................... पुत्र/पुत्री/पत्नी/श्री...................................... निवासी................................ जिनकी आयु................. मेरी राय में मरीज को .... उपकरण दिया जाना उपयुक्त है तथाउसके परिवार की आर्थिक स्थिति दयनीय है और यदि उनको अनुदान नहीं दी जायेगी तो कृत्रिम अंग प्राप्त नहीं कर सकते हैं। कृत्रिम अंग की अनुमानित लागत............................... है।

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर एवं मोहर

प्रार्थी/प्रार्थिनी को रू0................ की अनावर्तक वित्तीय अनुदान........................ उपकरण हेतु स्वीकृत की जाती है।

दिनांक...........................

(ह0) जिला विकलांग जन विकास अधिकारी

संलग्नकों का विवरण

प्रार्थी/प्रार्थिनी के निम्नलिखित प्रमाण-पत्र मूल रूप में संलग्न करें :-

1- विकलांगता प्रमाण-पत्र प्रार्थी/प्रार्थिनी की फोटो सहित।

2- आय प्रमाण-पत्र।

3- उत्तर प्रदेश में निवास करने की अवधि का राजपत्रित अधिकारी/ग्राम प्रधान का प्रमाण-पत्र।

4- अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति की स्थिति में जाति प्रमाण-पत्र।

नोट :-इस आवेदन पत्र के साथ संलग्न समस्त प्रमाण पत्रों की प्रतियॉं आवेदनकर्ता द्वारा स्वप्रमाणित कर ही संलग्न की जायें।