

लक्ष्यगत हस्तक्षेप परियोजना / लिंक वर्कर स्कीम संचालन के लिए आवेदन पत्र
(नोट : आवेदन पत्र को भरने के पूर्व निर्देशों का भलीभांति अवलोकन कर लें।
आवेदन पत्र को साफ, स्पष्ट एवं पठनीय शब्दों में भरें,
समस्त जानकारी हिन्दी/अंग्रेजी में भरें। आवेदन पत्र को भरने के लिए
किसी एक भाषा का प्रयोग किया जाये।)

01. संस्था का नाम :
(पंजीयन प्रमाण पत्र के अनुसार, प्रमाण पत्र
संलग्न करें) संलग्नक-1
(यदि संस्था द्वारा नाम परिवर्तन किया गया है तो
संबंधित प्रमाण पत्र /दस्तावेज भी संलग्न करें।)

02. पत्र व्यवहार का पूर्ण पता :
.....
.....
पिन : जिला :

03. दूरभाष कोड सहित.....
ईमेल.....वेबसाईट.....

04. संस्था/सीबीओ/ के अध्यक्ष का नाम एवं निवास का पता :
.....

मोबाईल नंबर.....

एवं सचिव का नाम एवं पता :
.....

मोबाईल नं.....

05. वैधानिक स्थिति : () सोसायटी () सीबीओ () कंपनी () ट्रस्ट ()
सोसायटी/कंपनी/ट्रस्ट के रजिस्ट्रेशन प्रमाण-पत्र की प्रति संलग्न करें। **संलग्नक-1** अनुसार

06. 1. पंजीयन विवरण : पंजीयन नं.
दिनांक पंजीयक कार्यालय/जिले का नाम
पंजीयन प्रमाण पत्र संलग्न करें। **संलग्न - 1** अनुसार (पेज क्र..... सेतक)

2. वर्तमान बोर्ड/प्रबंधकारिणी समिति के सदस्यों के संपर्क पते, व्यवसाय विवरण सहित अद्यतन सूची (अधिनियम की धारा 27 के अंतर्गत अद्यतन वार्षिक साधारण सभा के आयोजित होने के बाद तथा रजिस्ट्रार फर्म्स सोसायटी के द्वारा प्रमाणित) संलग्न करें। **संलग्न-2** (पेज क्र.....)

07. 1. संस्था का मुख्य कार्यालय/मुख्यालय किस जिले में है :

2. संस्था का कार्य, यह आवेदन करते समय किन-किन जिलों में चल रहा है :

1. 2. 3.

(परियोजना स्वीकृति के आदेश की प्रतियां, इन जिलों में संस्था के परियोजना कार्यालय के पते की सूची मय संपर्क विवरण के संलग्न करें।) संलग्न – 3 ,4 एवं 5 (पेज क्र..... से तक)

3. संस्था मध्यप्रदेश राज्य एड्स नियंत्रण समिति के लिए प्राथमिकता के आधार पर किन 3 जिलों में कार्य करना चाहती है :

1. 2. 3.

08. संस्था का पंजीयन प्रमाण पत्र, नियमावली एवं आलेख के साथ अंतिम अद्यतन जमा आयकर रिटर्न एवं ट्रस्ट डीड की सत्यपीत प्रतिसंलग्न करें। – संलग्नक– 6 (पेज क्र..... से तक)

09. संस्था के वित्तीय वर्ष 2015–16, 2016–17 व 2017–18 की ऑडिट रिपोर्ट जिसमें इन्कम व बैलेंस शीट स्पष्ट रूप से अंकित हो, संलग्न करें। सीबीओ होने की स्थिति में 1 वर्ष 2017–18 की ऑडिट रिपोर्ट एवं बैलेंस सीट संलग्न की जाये। संलग्नक– 7 (पेज क्र.....सेतक)

इन 3 वर्षों में से अशासकीय संस्था हेतु किसी एक वर्ष में इन्कम रिसीप्ट अकाउंट रुपये 5 लाख तथा सी.बी.ओ. हेतु राशि 01 लाख रुपये अथवा उससे अधिक का होना चाहिए। इसे स्पष्ट रूप से दर्शाने वाले ऑडिट रिपोर्ट के पृष्ठ का उल्लेख करें। (पेज क्र....)

वर्ष	कुल आय (Income)	बैलेंस शीट की राशि	ऑडिट रिपोर्ट संलग्न कर पेज नं. लिखें	संलग्नक – 7
2015–16				(पेज क्र.....)
2016–17				(पेज क्र.....)
2017–18				(पेज क्र.....)

(संस्था की उपरोक्त तालिका में उल्लेखित वित्तीय वर्षों की सम्पूर्ण ऑडिट रिपोर्ट संलग्न करें जो अंकेक्षक (सीए) द्वारा बनाई गई हों, इस रिपोर्ट में संस्था को हुई आय की जानकारी उनके स्ट्रोतों के साथ दर्ज हों व बैलेंस शीट भी संलग्न हों।

10. संस्था के 3 वर्षों की वार्षिक गतिविधि प्रतिवेदन वित्तीय वर्ष 2015–16, 2016–17 व 2017–18 के लिए, संलग्न करें। जिसमें स्पष्ट रूप से उस विशिष्ट वर्ष में संस्था के द्वारा किये गये कार्य की जानकारी प्राप्त होती हो, अंकित करें, साथ ही प्रतिवेदन में अंकित गतिविधियों के पक्ष में फोटो, समाचार पत्र में प्रकाशित समाचार की छायाप्रतियां जिसमें संस्था/आयोजन के समय/दिनांक का पता चलता हो, भी संलग्न की जायें। सीबीओ हेतु 01 वर्ष 2017–18 का प्रातिवेदन/रिपोर्ट संलग्न करना आवश्यक है।

संलग्नक 8 (पेज क्र..... सेतक)

अनावश्यक जानकारियां आवेदन पत्र के साथ संलग्न न की जायें।

स. क्र.	क्षेत्र	किसे जिले/स्थान में संचालित	परियोजना की कुल लागत	वर्ष अंकित करें व परियोजना का विवरण दें।	परियोजना की स्वीकृति के आदेश की प्रति संलग्न करें।	संलग्नक 8
1	सामाजिक विकास (स्वास्थ्य छोड़कर)			2015–16 2016–17 2017–18		(पेज क्र.....)
2	स्वास्थ्य (HIV-AIDS को छोड़कर) के क्षेत्र में कार्य			2015–16 2016–17 2017–18		(पेज क्र.....)
3	एचआयव्ही/एड्स के क्षेत्र में कार्य			2015–16 2016–17 2017–18		(पेज क्र.....)

सभी क्षेत्रों में संस्था के द्वारा वर्ष 2015-16 से प्रत्येक वर्ष में किये गये कार्यों का विवरण उपलब्ध कराया जाये। संस्था के द्वारा किये गये कार्यों के सत्यापन के लिए प्रत्येक कार्य के कार्य आदेश की स्वप्रमाणित प्रति संलग्न की जाये।

10.1 क्या कापार्ट या किसी अन्य शासकीय संस्था/विभाग/विश्व बैंक/अन्य यूएन संस्थाओं से अतीत में संस्था को काली सूची (Black List) में दर्ज किया गया है अथवा म.प्र. राज्य एड्स नियंत्रण समिति द्वारा मूल्यांकन/ मॉनीटरिंग/वित्तीय अनियमितता के आधार पर संस्था का अनुबंध रद्द किया गया है। हां या नहीं तो संस्था के द्वारा स्वयं का प्रमाण-पत्र प्रस्तुत किया जाये। **संलग्नक 9 (पेज क्र.....से तक) (शपथ पत्र (Affidavit)संलग्न करें)**

10.2 क्या संस्था का कोई पदाधिकारी/बोर्ड का सदस्य वर्तमान में अथवा पूर्व में किसी भी राज्य एड्स नियंत्रण समिति/टैक्नीकल सपोर्ट यूनिट/नाको का सदस्य रहा है। हां या नहीं तो संस्था के द्वारा स्वयं का **शपथ पत्र (Affidavit)** प्रस्तुत किया जाये। **संलग्न 10 (पेज क्र.....से.....तक)**

10.3 संस्था की अधोसंरचना की जानकारी –

संपत्ति का मूल्य (जैसे भूमि, भवन आदि)

क्या संस्था का भवन, मुख्यालय अथवा उन जिलों में है जहां पर संस्था कार्य करने की इच्छुक है हां अथवा नहीं में जानकारी उपलब्ध कराये।

मुख्यालय – हां / नहीं

जिला-1 – हां / नहीं

जिला-2 – हां / नहीं

जिला-3 – हां / नहीं

(संस्था की संपत्तियों का विवरण लिखें व उपकरणों की सूची संलग्न करें)

संलग्नक-11 (पेज क्र.....सेतक)

क्र.	संपत्ति /सामग्री अधोसंरचना का नाम	संख्या				सामग्री किसके नाम पर है	प्रमाणित करने हेतु संलग्न दस्तावेज
		मुख्यालय	जिला-1	जिला-2	जिला-3		
1.	संस्था का भवन (कक्षों की संख्या सहित)						
2.	संस्था का मानव संसाधन भी यदि संबधित जिले में है तो (लिस्ट संलग्न करे)						
3.	स्थायी संपत्ति आदि की उपलब्धता है तो (लिस्ट संलग्न करे)						

11. संस्था/सीबीओ के PAN Card की छायाप्रति अनिवार्य संलग्न करें। **संलग्नक 12 (पेज क्र..... से तक)**

12. संस्था/सीबीओ के बैंक अकाउंट की स्थिति –

Single Signatory अथवा Double Signatory हैं। संस्था/सीबीओ का बैंक अकाउंट संस्था के किन 2 सदस्यों के द्वारा संचालित किया जा रहा है। बैंक अकाउंट संचालित करने वाले व्यक्तियों के नाम संस्था में उनके पद सहित प्रस्तुत करें।

संलग्नक 13 (पेज क्र..... सेतक)

बैंक खाते की पासबुक के प्रथम पृष्ठ की पठनीय छायाप्रति संलग्न करें । संलग्नक 14

13. यदि संस्था के द्वारा, स्वयं जिन जिलों की (03) प्राथमिकता दी गयी है, उनमें से किसी जिले में यदि संस्था के द्वारा काम किया गया हो तो किए गए कार्य का उल्लेख करें :- संलग्नक 15 (पेज क्र.....सेतक)

क्रमांक	संस्था के द्वारा प्रस्तावित जिलों के नाम	इन जिलों में संस्था के द्वारा संचालित की गयी परियोजना का नाम (आदेश की प्रति संलग्न करें)	परियोजना की कुल लागत	अन्य	वर्ष

- 14.1 आयकर पंजीयन एवं आयकर में छूट संबंधी वैध/जीवित (मान्य) 12 ए यदि हो तो नंबर एवं छायाप्रति संलग्न करें। - संलग्नक 16 (पेज क्र.....)

- 14.2 एफ.सी.आर.ए. में पंजीयन, यदि हो तो नंबर एवं प्रमाण पत्र संलग्न करें। - संलग्नक 17 (पेज क्र.....)

- 14.3 संस्था के पास वैध/जीवित (मान्य) 80G का प्रमाण-पत्र हो तो सत्यापित छायाप्रति संलग्न करें। संलग्नक 18 (पेज क्र.....)

15. निम्नलिखित दस्तावेजों की स्व-प्रमाणित प्रतियां संलग्न करें :-

(अ) रुपये 50/- के स्टाम्प पेपर पर यह शपथ पत्र अनिवार्यतः संलग्न कर प्रस्तुत करें :-

“इस आवेदन के साथ दी गई समस्त जानकारियां सही हैं। यदि किसी भी समय यह पाया जाता है कि आवेदन में दी गई जानकारियां गलत हैं या संलग्न किये गये दस्तावेज गलत हैं तो समिति द्वारा आवेदन तत्काल निरस्त कर दिया जावे और यदि परियोजना आवंटित की जा चुकी है तो इस परियोजना को समिति तत्काल बंद कर सकती है। साथ ही समिति द्वारा आवंटित की गई समस्त राशि संस्था मध्यप्रदेश राज्य एड्स नियंत्रण समिति को वापस करेगी। म.प्र. राज्य एड्स नियंत्रण समिति संस्था के विरुद्ध अन्य सभी विधिसंगत कार्यवाही के लिए भी अधिकृत होगी। संलग्नक 19- (पेज क्र.से तक)

(ब) प्रमाण पत्र दें कि आवेदन के साथ कुल कितने पेज संलग्न हैं:-

संलग्नक 20- (पेज क्र.....)

स्थान :

दिनांक :

संस्था के अध्यक्ष,सचिव/कोषाध्यक्ष के हस्ताक्षर

नाम.....पदनाम

नाम.....पदनाम

पदमुद्रा अवश्य लगाएं

विशेष नोट :-

1. संस्था द्वारा वित्तीय वर्ष 2015-16, 2016-17 एवं 2017-18 में की गई गतिविधियों, परियोजनाओं, कार्यों की जानकारी देने के लिए वार्षिक प्रतिवेदन, प्रमाण स्वरूप स्वीकृतियों/आदेश की छायाप्रतियां, रिपोर्ट, फोटोग्राफ, समाचार पत्रों में प्रकाशित, खबरों छायाप्रतियां संलग्न करें। इन दस्तावेजों में संस्था के कार्यों की जानकारी स्पष्ट रूप से दिखाई देना चाहिए।
2. संस्थाओं के चयन के लिए पूर्व निर्धारित क्राइटेरिया है, जिसमें विभिन्न चरणों की प्रक्रिया के बाद संस्थाओं का अंतिम चयन होगा। चयन के इस विभिन्न चरणों के दौरान संस्था से विभिन्न दस्तावेज, प्रमाण, जानकारियों की आवश्यकता होगी। अतः आवेदनकर्ता संस्था मांगे गए सभी दस्तावेज, प्रमाण, जानकारियां, आवेदन पत्र के साथ संलग्न करें व पेज नं. अंकित करें। किसी भी दस्तावेज, प्रमाण, जानकारी न देने/संलग्न न करने/स्पष्ट न होने/पठनीय न होने पर यदि आवेदनकर्ता संस्था का आवेदन किसी भी चरण में निरस्त कर दिया जाता है तो इसकी पूर्ण जिम्मेदारी संबंधित संस्था की होगी। अनावश्यक जानकारियां प्रस्ताव के साथ संलग्न न की जावें।
3. आवेदन दिये गये निर्धारित प्रारूप में ए-4 साईज में ही जमा करें। संस्था द्वारा आवेदन प्रस्ताव सीलबंद लिफाफे में समिति कार्यालय में पंजीबद्ध डाक/कोरियर के माध्यम से निर्धारित समयावधि में जमा करना अनिवार्य है। खुले आवेदन प्रस्तावों पर समिति द्वारा विचार नहीं किया जावेगा। समिति कार्यालय में प्रस्ताव सीधे प्राप्त नहीं किए जावेंगे।
4. अतः लिफाफे के ऊपर "अभिरुचि प्रस्ताव" एवं प्रेषक का विवरण आवश्यक रूप से अंकित करें।
5. मध्यप्रदेश राज्य एड्स नियंत्रण समिति को समस्त आवेदनों को किसी भी समय निरस्त करने का पूर्ण अधिकार होगा।
6. किसी भी प्रकरण के संबंध में विवाद होने की स्थिति में अध्यक्ष, कार्यकारिणी समिति का निर्णय अंतिम होगा, जो दोनों पक्षों को मान्य होगा।
7. जो संस्थाएं वर्तमान में समिति की परियोजनाएं संचालित कर रही हैं वे भी आवेदन कर सकती हैं किन्तु उनके द्वारा संचालित कार्य/परियोजना की समीक्षा के आधार पर ही चयन हेतु निर्णय लिया जा सकेगा।