



ଓଡ଼ିଶା ଶିକ୍ଷା ଓ ଗବେଷଣା ପ୍ରତିଷ୍ଠାନ, ଭୁବନେଶ୍ୱର

ଏଚ୍ - ୨/୧୩, ପଞ୍ଚସଖା ନଗର, ଭୁବନେଶ୍ୱର - ୭୫୧୦୧୯
ଫୋ. ୮୭୭୩୯୯୩୨୯୮

ଆଚାର୍ଯ୍ୟ କଲ୍ୟାଣ ପାଣ୍ଡି ସଦସ୍ୟତା ରାଶି ଦାଖଲ ପତ୍ର

ପତ୍ରାଙ୍କ
ପଠାଙ୍କ
ପଠାଙ୍କ
ପଠାଙ୍କ

ତାରିଖ.....

ଶିଶୁ ବିକାଶ ବିଦ୍ୟା ମନ୍ଦିର (ଠିକଣା ସହିତ) _____

ଦୂରଭାଷ _____

ଆମ୍ଭ ବିଦ୍ୟା ମନ୍ଦିର _____ ଶିକ୍ଷା ବର୍ଷରେ ଆଚାର୍ଯ୍ୟ କଲ୍ୟାଣ ପାଣ୍ଡିର ସଦସ୍ୟତା ଗ୍ରହଣ ନିମନ୍ତେ ମୋଟ _____ ଜଣ ସଦସ୍ୟଙ୍କର ବାର୍ଷିକ ସଦସ୍ୟ ରାଶି ଟ.୨୦୦/- (ଦୁଇଶହ ଟଙ୍କା) ହିସାବରେ _____ ଟଙ୍କା ଓ _____ ଜଣ ସଦସ୍ୟଙ୍କର ଏହିପରି ସର୍ବମୋଟ _____ ଟଙ୍କା (ଅକ୍ଷରାଙ୍କେ _____ ମାତ୍ର ବ୍ୟାଙ୍କ ଡ୍ରାଫ୍ଟ ଆକାରରେ ନିମ୍ନମତେ ପ୍ରେରଣ କଲୁ । ଏଥି ସହିତ ସମସ୍ତ ସଦସ୍ୟଙ୍କର ବିବରଣୀ ଆବଶ୍ୟକ ଫର୍ମରେ ପୂରଣ କରି ପଠାଇଲୁ ।

ଡ୍ରାଫ୍ଟ ନଂ _____ ତାରିଖ _____

ବ୍ୟାଙ୍କର ନାମ _____ ଡ୍ରାଫ୍ଟର ପରିମାଣ _____

ପ୍ରଧାନାଚାର୍ଯ୍ୟଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର
(ମୋହର ସହିତ)

କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ	ବ୍ୟବହାର	ନିମନ୍ତେ
କ୍ରମାଙ୍କ : _____	ପରିମାଣ : _____	
ରସିଦ୍ ନଂ: _____	ତାରିଖ : _____	
ଗ୍ରହଣକାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର		

ପ୍ରାପ୍ତେଷୁ,
 ପ୍ରଧାନାଚାର୍ଯ୍ୟ,
 ଶିଶୁ ବିକାଶ ବିଦ୍ୟା ମନ୍ଦିର..... ।

ବିଷୟ :- ଆଚାର୍ଯ୍ୟ କଲ୍ୟାଣ ପାଣ୍ଡିର ସଦସ୍ୟ ହେବା ସମ୍ବନ୍ଧେ ।

ମହାଶୟ,

ସାଦର ନମସ୍କାର । ମୁଁ ଶ୍ରୀ/ସୁଶ୍ରୀ/ଶ୍ରୀମତୀ ପଦବୀ,
 ଲେଖକ/ଲେଖିକା ଯେ, ଭାରତୀୟ ଶିକ୍ଷା ଓ ଗବେଷଣା ପ୍ରତିଷ୍ଠାନଙ୍କ “ଆଚାର୍ଯ୍ୟ କଲ୍ୟାଣ ପାଣ୍ଡି” ନିୟମାବଳୀକୁ ପାଠ କରି ଏବଂ
 ଉକ୍ତ ପାଣ୍ଡିର ବାର୍ଷିକ/ଆଜୀବନ ସଦସ୍ୟ/ସଦସ୍ୟା ହେବା ନିମନ୍ତେ ଇଚ୍ଛା ପ୍ରକାଶ କରୁଅଛି । ନିମ୍ନରେ ମୋର ପରିବାରର
 ସଦସ୍ୟଙ୍କ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କଲି । ଆପଣ ଯଥାବିଧି ସାହାଯ୍ୟ କରିବା ପାଇଁ ଆଶା ରଖୁଛି ।

ସେବାହତ୍ୟା ନାମ :..... ପିତା/ସାମାଜିକ ନାମ

ସେବାରେ ଯୋଗଦାନ ଦିନାଙ୍କ..... ଜନ୍ମ ଦିନାଙ୍କ

ବ୍ୟାଙ୍କ ଆକାଉଣ୍ଟ ନଂ ଇ.ପି.ଏଫ୍. ଆକାଉଣ୍ଟ ନଂ.....

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ ଓ ଶାଖା

ମନୋନୀତ ଉତ୍ତରାଧିକାରୀ ବୟସ ସମ୍ପର୍କ.....

ପରିବାର ନିର୍ଭରଶୀଳ ସଦସ୍ୟଙ୍କ ବିବରଣୀ :-


କ୍ର. ସଂ.	ନାମ	ବୃତ୍ତି	ବୟସ	ସମ୍ପର୍କ	ବାର୍ଷିକ ଆୟ (କୃଷି ଆୟ ସହିତ)	ମତ୍ତବ୍ୟ
୧.						
୨.						
୩.						
୪.						
୫.						
୬.						

ଏତଦ୍ୱାରା ମୁଁ ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୁଁ ଜୁଲାଇ ୩୦ ତାରିଖ ପୂର୍ବରୁ ସଦସ୍ୟତା ରାଶି ପ୍ରଦାନ କରିଛି ଓ ଉପଯୁକ୍ତ
 ସମସ୍ତ ବିବରଣୀ ମୋ ଜାଣିବାରେ ସତ୍ୟ ଅଟେ । ଯଦି ଭବିଷ୍ୟତରେ କୌଣସି ବ୍ୟତିକ୍ରମ ବା ତ୍ରୁଟି ପରିଲକ୍ଷିତ ହୁଏ ତେବେ
 ମୋ ପ୍ରତି ଶୁଦ୍ଧାନ୍ତର କାର୍ଯ୍ୟାନୁଷ୍ଠାନ ଗ୍ରହଣ କରାଯିବ ।

ସ୍ଥାନ :-

ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର

ତାରିଖ :-



ରାଜ୍ୟ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ବ୍ୟବହାର ନିମନ୍ତେ

ରସିଦ୍ ନଂ ଦିନାଙ୍କ ସଦସ୍ୟତା କ୍ରମାଙ୍କ

ସଦସ୍ୟ (ଆଜୀବନ / ବାର୍ଷିକ)

ହିସାବ ରକ୍ଷକ

ବି.ଦ୍ର. :- ଉକ୍ତ ପତ୍ରକର ଅଧିକାର ନକଲ ରାଜ୍ୟ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟକୁ ପଠାଇବେ ।



BHARATIYA SHIKSHA O GABESANA PRATISTHAN, ODISHA

H - 2/13, Panchasakha Nagar, Dumduma, Bhubaneswar -751019

Web : www.bsgpindia.org, e mail : director.bsgp@gmail.com

APPLICATION FOR RECEIVING ASSISTANCE FROM ACHARYA KALYAN PANTHI

- Name of the member.....Designation.....
(Name in full with Block letter) Contact No.
- (i) Father's/Husband's name (With full address.....
.....)
(ii) Yearly income of parents/spouses (including agriculture income).....
- Name of the Shishu Vikash Vidya Mandir
Address
- Date of BirthDate of joining
- If a member of Acharya Kalyan Panthi - Annual Life
(Put '√' Mark in appropriate box)
- In which S.V.V.M he/she became a member of Acharya Kalyan Panthi
- Membership receipt No..... Date
- Details of previous benefit availed by the member :-

<u>Sl. No.</u>	<u>Date</u>	<u>Purpose</u>	<u>Amount</u>
.....
.....
.....
.....
- Cause of this Application
- In Case of Medical Treatment***

(a) Patients Name.....
Age :- Occupation:-Whether fully dependent or not Yes /No
(b) Relationship with the applicant

(c) Name of the disease

(d) Date of Admission in Hospital/Name of the Hospital

(e) Date of Discharge(Discharge certificate should be enclosed)

(f) Total Expenditure incurred Rs

(Xerox copy of Doctor's prescription & vouchers in original should be enclose)

11. **In Case of Death of a member only**

- (a) (i) Date & time of death
(ii) Place of death (iii) Cause of death
(Death certificate from concerned issuing office should be enclosed)
- (b) Last duty date at S.V.V.M.
- (c) Name of the Nominee Relationship
(Legal heir Certificate should be enclosed)

12. Applicant's bank account No.
Name of the bank Branch

13. Enclosed :-

- | | |
|----|----|
| 1) | 2) |
| 3) | 4) |
| 5) | 6) |
| 7) | 8) |

I declare that all the above particulars are true to the best of my knowledge & belief. In case any statement above is found to be false /incorrect at any point of time, the total amount of money received by me shall be recovered from me in addition to other disciplinary proceedings framed against me.

Place :

Date :

Signature of the Applicant

N.B. :- 1) All enclosed document (Xerox Copy) signed by applicant and attested by Secretary with seal of the concerned S.V.V.M. .

2) Incomplete application is liable to be rejected.

S.V.V.M Secretary's Recommendation

Certified that all the particulars given by Sri/Smt.
are true to the best of my knowledge.

His/Her membership fee has been deposited in B.S.G.P. Odisha before 30th July vide M.R. No.....

Membership No.....Date.....

Signature with Seal

STATE OFFICE USE ONLY

Membership type MembershipNo Date

Sir/Smt.Designation of SVVM is a
Annual/Life Member of Acharya Kalyan Panthi.

For this case He/She is eligible to receive Rs. (Rupees
..... only) as per rule of Acharya Kalyan Panthi.

Above amount may be sanctioned.

Secretary

Org.Secretary

Administrator