

2015-16 से प्रभावी  
दिव्यांगजन अधिनियम के कार्यान्वयन के लिए योजना (सिपडा)  
के अंतर्गत  
दिव्यांगजनों के कौशल प्रशिक्षण के लिए वित्तीय सहायता  
हेतु  
प्रशिक्षण परियोजना विशिष्ट प्रस्ताव  
प्रस्तुतीकरण का प्रपत्र



भारत सरकार

सामाजिक न्याय और अधिकारिता मंत्रालय  
दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग

दिव्यांगजन अधिनियम के कार्यान्वयन के लिए योजना (सिपडा)  
के अंतर्गत  
दिव्यांगजनों के कौशल प्रशिक्षण के लिए वित्तीय सहायता  
हेतु  
प्रशिक्षण परियोजना विशिष्ट प्रस्ताव  
प्रस्तुतीकरण का प्रपत्र

## I. संगठनात्मक विवरण

संगठन / संस्थान का नाम:	
पंजीकृत कार्यालय / प्रधान कार्यालय का पता:	
फ़ोन:	
फैक्स:	
वेबसाइट:	
अधिकृत प्रतिनिधि / परियोजना का नाम निदेशक:	
पद	
मोबाइल:	
ईमेल:	

**II. क) संगठन के कानूनी संविधान का ब्यौरा :**

फर्म की स्थिति / संविधान:	जो भी लागू हो उस पर सही का चिन्ह लगाएं:
1. केन्द्रीय सरकार विभाग	
2. राज्य सरकार विभाग	
3. स्वायत्त निकाय	
4. केंद्रीय / राज्य सरकार के पीएसयू	
5. दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग के एनआई / सीआरसी / डीडीआरसी	
6. पंजीकृत सोसाइटी	
7 पंजीकृत ट्रस्ट	
कंपनी अधिनियम 1956/2013 के अंतर्गत पंजीकृत कंपनी 8.(अलाभकारी कंपनी के रूप में)	
कंपनी अधिनियम 1956/2013 के अंतर्गत पंजीकृत कंपनी (ऊपर ' 8 ' पर उल्लिखित अधिनियम के अलावा अधिनियम के 9. किसी अन्य प्रावधान के अंतर्गत):	

**ख) संगठन का पंजीकरण विवरण:**

पंजीकरण संख्या:	
पंजीकरण की तारीख (डीडी/एमएम/वाई वाई वाई):	
पैन:	
टैन:	
नीति आयोग के एनजीओ-पीएस पोर्टल की विशिष्ट आईडी ( एनजीओ के मामले में, अर्थात पंजीकृत सोसायटी / ट्रस्ट / अलाभकारी कंपनी के लिए )	

**ग) संगठन का बुनियादी ढांचा विवरण :**

1) भूमि और भवन:	
2) प्रशिक्षण के लिए उपलब्ध कमरों की संख्या: क) स्वयं भवन विवरण ख) किराए पर/लीज भवन (किराया/लीज समझौता संलग्न करें ग) परिसर के मापन (आकार)	
3) इंटरनेट / नेटवर्क विवरण:	
4) उपलब्ध उपकरण की सूची:	
5) सॉफ्टवेयर/प्रौद्योगिकी विवरण:	

[ उपर्युक्त बिंदुओं पर संपूर्ण जानकारी प्रदान करने के लिए अलग पृष्ठ का उपयोग करें ]

### III. की जाने वाली कौशल विकास परियोजना का ब्यौरा:

[डीईपीडब्ल्यूडी के पत्र संख्या 4-2 (80) 2014-डीडी.आई 28.01.2016 द्वारा अधिसूचित अनुसार ट्रेड / पाठ्यक्रम की दिव्यांगता वार सूची के दिशानिर्देशों के अनुबंध-III-क में दी गई है]

क) ट्रेड / पाठ्यक्रम का विवरण:

ट्रेड / पाठ्यक्रम का नाम:	प्रशिक्षण केंद्र / संस्थान का स्थान:

ख) i) पाठ्यक्रम की अवधि:

से								तक								कुल (दिनों में)
डी	डी	एम	एम	Y	Y	Y	Y	डी	डी	एम	एम	Y	Y	Y	Y	

ii) कुल प्रशिक्षण घंटे (ट्रेडवार):

कृपया प्रति प्रशिक्षण केंद्र कामकाजी घंटे / दिनों का उल्लेख करें :

ट्रेड / पाठ्यक्रम का नाम	कार्य दिवस / दिन की संख्या		
	सप्ताह के दिन	शनिवार	कुल

ग) प्रवेश विवरण (प्रशिक्षित होने के लिए प्रस्तावित दिव्यांगजनों की संख्या):

हास्टलर की अपेक्षित संख्या	दैनिक प्रशिक्षुओं की अपेक्षित संख्या	कुल

घ) परियोजना के अंतर्गत आपके संगठन द्वारा कवर की गई दिव्यांगताओं के प्रकार:

दिव्यांगता के प्रकार:	प्रशिक्षुओं की संख्या अपेक्षित होना:
1) स्वलीनता	
2) अंधता	
3) प्रमस्तिष्क घात	
4) श्रवण बाधिता	
5) बौद्धिक दिव्यांगता	
6) कुष्ठ उपचारित	
7) गतिविषयक दिव्यांगता	
8) निम्न दृष्टि	
9) मानसिक मंदता	
10) वाक और भाषा दिव्यांगता	
11) कोई अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें)	

ड) प्रशिक्षकों का विवरण (संकाय)

क्र.सं.	प्रशिक्षक का नाम	पद	योग्यता	ट्रेड / कोर्स	नियमित/अंशकालिक/ आमंत्रित	वेतन प्रति माह)
---------	------------------	----	---------	---------------	---------------------------	-----------------

[यदि पूर्ण जानकारी प्रदान करना आवश्यक हो तो अलग पृष्ठ का प्रयोग करे, प्रशिक्षक का जीवनवृत्त भी संलग्न करें]

च) प्रमाणन विवरण:

प्रशिक्षण पाठ्यक्रम को पूरा करने पर, प्रशिक्षुओं को प्रमाण पत्र दिया जाएगा; प्रमाणीकरण प्राधिकरण के विवरण (नाम और पता) का उल्लेख करें:	
--	--

छ) पाठ्यक्रम के पूरा होने के पश्चात अपेक्षित प्लेसमेंट की प्रतिशतता का उल्लेख करें:

दायरा :	20 30%	31- 40%	41- 50%	51- 60%	61-70%	70% से अधिक	टिप्पणी यदि कोई हो):
उपरोक्त में से जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाए							

IV. कृपया अपने संगठन के बैंक विवरण का उल्लेख करें:

1. खाता संख्या	
2. बैंक का नाम और शाखा	
3. खाता का प्रकार (चालू / बचत)	
4. आईएफएससी कोड	
5. एमआईसीआर कोड	

[संलग्न प्रपत्र में एनईएफटी मंडेट फॉर्म संलग्न करें]

ख) अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता का नाम जो संगठन की तरफ से बैंक खाते का संचालन करेगा:

नाम, पता और संपर्क	पद

V. (क) क्या पिछले वर्ष के दौरान आपके संगठन को किसी भी उद्देश्य के लिए दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग से अनुदान सहायता मिली थी

हाँ	
नहीं	

(ख) यदि हां, अनुदान सहायता के संबंध में उपयोगिता प्रमाणपत्र की एक प्रति संलग्न करें।

घोषणा:

में एतद द्वारा घोषणा करता हूं कि इस प्रस्ताव में दी गई जानकारी मेरे सर्वोत्तम ज्ञान में सत्य है। यदि ऊपर प्रदान की गई कोई भी जानकारी झूठी पायी जाती है, तो दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग को प्रस्तावों को अस्वीकार करने के साथ-साथ कानून के तहत उपयुक्त कार्रवाई शुरू करने का अधिकार सुरक्षित है।

यह भी प्रमाणित किया जाता है कि इस संगठन को भारत सरकार के किसी विभाग अथवा किसी राज्य सरकार से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के संबंध में किसी भी विभाग द्वारा ब्लैकलिस्ट नहीं किया गया है।

(कार्यालय मुहर के साथ हस्ताक्षर)

हस्ताक्षरकर्ता का नाम:

पदनाम:

तारीख:

स्थान:

(सहायक दस्तावेजों की सूची संलग्न अनुबंध 1 में दर्शायी गई है)

## अनुबंध 1

### दस्तावेजों की सूची

क्र.सं.	मानदंड	दस्तावेज
1	बैंक खाता विवरण	एनईएफटी आदेश फार्म (संदर्भ अनुबंध 2)
2	प्लेसमेंट	छात्रों द्वारा प्रशिक्षण पूरा होने के बाद प्लेसमेंट के पश्चात नियोक्ता के साथ समझौता ज्ञापन उपलब्ध कराया जाएगा
3 4	प्रशिक्षण क्षमता प्रशिक्षक	प्रति बैच दिव्यांगता वार क्षमता (छात्रों को अधिकतम संख्या में समायोजित और प्रशिक्षित किया जा सकता है) प्रशिक्षकों का जीवनवृत्त
5	भूमिकारूप व्यवस्था	परियोजना को परिचालित किए जाने वाले क) परिसर के संबंध में किराया/लीज अनुबंध ख) उपकरणों की सूची
6	वित्तीय जानकारी	क) पिछले वर्ष के लेखापरीक्षित लेखा दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग से पिछले वर्ष प्राप्त अनुदान सहायता के संबंध में उपयोगिता ख) प्रमाणपत्र (यदि कोई है)

## अनुबंध 2

### राष्ट्रीय इलेक्ट्रॉनिक निधि हस्तांतरण (एनईएफटी) - मंडेट फार्म

1. संगठन का नाम :
2. संगठन का पता :
3. बैंक का नाम :
4. बैंक शाखा पता :
5. खाते का प्रकार :
6. खाता संख्या :
7. आईएफएस कोड :
8. संपर्क व्यक्ति का नाम :
9. संपर्क :
10. ई-मेल आईडी :

नाम और हस्ताक्षर  
(खाता धारक/अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता)

नाम और हस्ताक्षर  
(बैंक के शाखा प्रबंधक / प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता)