

समाज कल्याण विभाग  
राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार, दिल्ली

घोषणा

वृद्धावस्था पेंशन / विकलांगता पेंशन

मैं वचन देता/ देती हूँ कि 1. आवेदित योजना के समान, मैं किसी भी अन्य विभाग (केंद्र/ राज्य सरकार, दिल्ली नगर निगम इकाइयों, नई दिल्ली नगर पालिका या अन्य) से कोई आर्थिक सहायता या सरकारी पेंशन नहीं प्राप्त कर रहा/रही हूँ, 2. मेरी वार्षिक पारिवारिक आय रुपये \_\_\_\_\_ है।

मेरे द्वारा दी गई उपरोक्त सभी जानकारियां पूर्णतया सत्य हैं। अगर कोई भी जानकारी असत्य पाई गई, तो सरकार मेरे खिलाफ कानूनी कार्यवाही कर सकती है।

\_\_\_\_\_  
आवेदक/ संरक्षक\* का हस्ताक्षर/ अंगूठे का निशान

आवेदक/ संरक्षक\* का नाम \_\_\_\_\_

\*- 18 वर्ष से कम उम्र अथवा 18 वर्ष से अधिक आयु के मानसिक विकलांग/ मनोरोगी आवेदकों के लिए मान्य

पति/ पिता का नाम \_\_\_\_\_

पता \_\_\_\_\_

मोबाईल न. \_\_\_\_\_

आधार न. \_\_\_\_\_

तिथि \_\_\_\_\_