

पंचायतस्तरीय दिव्यांग जनसमूह के निर्माण के उद्देश्य से दिव्यांगों के अज्ञोनय हेतु प्रारूप (प्रपत्र-1)

प्रखंड का नाम..... पंचायत का नाम.....

क्र. सं.	समूह के सदस्यों का नाम/ उम्र (सीमा: 18-40 वर्ष)/लिंग	पिता का नाम	स्थायी पता	दिव्यांगता का प्रकार	फोन नं. (अनिवार्य रूप से)	हस्ताक्षर
01						
02						
03						
04						
05						

पंचायत सचिव का नाम व हस्ताक्षर

प्रखंड विकास पदाधिकारी का नाम व हस्ताक्षर