

ಆಧಾರ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಸಣ್ಣ ಅಂಗಡಿಗಳ ಮಂಜೂರಾತಿಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿನಮೂನೆ

----- ಜಿಲ್ಲೆ

ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳು:----- ಜಿಲ್ಲೆ ಇವರಿಗೆ -----

1. ಅಂಗವಿಕಲರ ಹೆಸರು :
2. ತಂದೆಯ/ಪೋಷಕರ ಹೆಸರು :
3. ವಯಸ್ಸು :
4. ಪುರುಷ/ ಮಹಿಳೆ :
5. ವಿಳಾಸ :

6. ಉದ್ಯೋಗ :
7. ಉದ್ಯೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಸ್ವಯಂ ಘೋಷಣೆ
ಲಗತ್ತಿಸಿದೆಯೇ?
8. ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಸ್ವರೂಪ ಮತ್ತು ಪ್ರಮಾಣ:
9. ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ :
10. ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯದ ಬಗ್ಗೆ ಸ್ವಯಂ
ಘೋಷಣೆ ಲಗತ್ತಿಸಿದೆಯೇ?
11. ಸಣ್ಣ ವ್ಯಾಪಾರ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಅನುಭವವಿದೆಯೇ?
12. ಅಕ್ಷರಸ್ಥರೇ?
13. ಎಷ್ಟು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ವಾಸವಾಗಿದ್ದೀರಿ?

ಸ್ಥಳ:

ದಿನಾಂಕ:

ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ

