

आवेदन
देखें नियम 5 (1)}
भाग-1

नवीनतम फोटो सदस्य
बार कौंसिल/न्यायिक
अधिकारी/सम्बद्धीकृत
बार एसोसिएशन के
अध्यक्ष/सचिव द्वारा
प्रमाणित चस्पा करें।

सेवा में,
सदस्य-सचिव,
उ0 प्र0 अधिवक्ता कल्याण निधि न्यासी समिति
लखनऊ।

द्वारा सचिव, बार कौंसिल आफ उत्तर प्रदेश
19, महर्षि दयानन्द मार्ग, इलाहाबाद-211001

उत्तर प्रदेश अधिवक्ता कल्याण निधि न्यासी समिति द्वारा संचालित उ0 प्र0 अधिवक्ता बीमा-एवं-आर्थिक सहायता योजना-2014 हेतु आवेदन

1. आवेदक का नाम
(अंग्रेजी के बड़े अक्षरों में)
(पंजीकरण प्रमाण पत्र के अनुसार)
2. पिता का नाम
(अंग्रेजी के बड़े अक्षरों में)
3. आवेदक का पूर्ण नाम
(हिन्दी में)
4. आवेदक का पूर्ण पता
(अंग्रेजी के बड़े अक्षरों में)

पिन :
मोबाइल नं0 :
लैंडलाइन नं0 :
ई-मेल :

1. आवेदक की आयु एवं जन्मतिथि
(हाईस्कूल प्रमाणपत्र के अनुसार)
संलग्न संख्या
आयु जन्मतिथि तिथि माह वर्ष
2. तिथि एवं पंजीकरण संख्या
(अधिवक्ता अधिनियम 1961 के अन्तर्गत)
दिन माह वर्ष पंजीकरण संख्या
3. अधिवक्ता व्यवसाय के पूर्ण वर्षों की संख्या
(आवेदित वर्ष के 01 जनवरी से पूर्व
विधि व्यवसाय का समय)
संलग्नक संख्या
वर्ष माह दिन
4. स्थान/स्थानों का विवरण
अधिवक्ता के रूप में
5. नामित/नामितों के नाम एवं पते का विवरण संलग्न प्रोफार्मा भाग-2 में संलग्न है।
6. अधिवक्ता के रूप में संस्पेंशन या अनिरन्तरता का विवरण यदि कोई हो

मैं एतद्वारा
घोषणा करता/करती हूँ कि ऊपर दिये गये विवरण मेरी
जानकारी में पूर्णतया सत्य एवं सही हैं एवं पंजीकरण की तिथि से
अधिवक्ता के रूप में निरन्तर विधि व्यवसाय में कार्यरत हूँ और
इसके अतिरिक्त न कोई अन्य व्यवसाय/व्यापार न किया है न कर
रहा/रही हूँ और न भविष्य में करूंगा/करूंगी।

मैं अध्यक्ष/मंत्री
..... प्रमाणित करता/करती हूँ कि श्री/श्रीमती/कु0
.....
हमारी बार एसोसिएशन के नियमित सदस्य हैं तथा इनकी बार
एसोसिएशन की सदस्य संख्या है।

स्थान

तिथि

आवेदक/आवेदिका के हस्ताक्षर

हस्ताक्षर एवं सील

अध्यक्ष/मंत्री बार एसोसिएशन

बार एसो0 सम्बद्धीकरण सं0

भाग-1

मैं पुत्र/पुत्री एतद्वारा अधोलिखित परिजनों को नामित करता हूँ कि वे फंड में मेरे पक्ष में उपलब्ध राशि को, मेरी मृत्यु की दशा में जो भी राशि भुगतान योग्य हो या भुगतान योग्य हो जाने पर उसका भुगतान न किया गया हो, ऐसी स्थिति में प्राप्त कर सकें।

क्रम सं०	नामित का नाम व पता	सदस्य से सम्बन्ध	नामित की आयु	प्रत्येक को प्राप्त होने वाली राशि का हिस्सा	आकस्मिकता जिसके घटने पर नामित पात्र अवैध होगा

दिनांक दिन स्थान

आवेदक/आवेदिका के हस्ताक्षर

निर्देश

1. इस फार्म को उ०प्र० बार कौंसिल के पंजीकृत समस्त अधिवक्ताओं को भर कर सचिव बार कौंसिल उ०प्र० को भेजना है।
2. राज्य सरकार ने उ० प्र० अधिवक्ता बीमा एवं आर्थिक सहायता योजना 2014 प्रक्षेपित की है जिसके द्वारा उत्तर प्रदेश अधिवक्ता कल्याण निधि न्यासी समिति मृत्योपरान्त उन अधिवक्ताओं को 5,00,000/- (पांच लाख) प्रदान करेगी जिनकी आयु 60 वर्ष से अधिक न हो व अधिवक्ता के रूप में पंजीकरण के समय आयु 40 वर्ष या 40 वर्ष से कम रही हो, तथा जो इस योजना को अपनाते हैं अंतिम भुगतान उन्हीं उत्तराधिकारी/उत्तराधिकारियों /नामितों/नामित को किया जायेगा जिनका विवरण आवेदन पत्र में अधिवक्ता द्वारा भरा जायेगा।

निम्नलिखित कागजातों की फोटोकापी/मूल जैसी आवश्यकता हो, नत्थी करना आवश्यक है :

- ए. हाईस्कूल प्रमाण पत्र
- बी. बार कौंसिल पंजीकरण प्रमाण पत्र
- सी. स्व पता लिखा पिन कोड के साथ 20-25 सेमी लिफाफा 27/- रुपये के डाक टिकट के साथ जिससे आवश्यक सूचनायें रजिस्टर्ड पोस्ट से आवेदक को भेजी जा सकें।
3. पते, नामिनी/नामितों के नाम एवं मोबाइल नं० में किसी प्रकार के परिवर्तन की सूचना 15 दिन के अन्दर प्रेषित करें।

BACK