



राजस्थान सरकार
कार्यालय सहायक निदेशक, महिला अधिकारिता विभाग,
मिनी सचिवालय, झालावाड़

E-mail – jhalawar.we@rajasthan.gov.in

फोन नं. :- 07432-231140

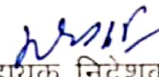
क्रमांक :- 2022-23 / 70

दिनांक :- 19/04/22

विज्ञप्ति

जिला मुख्यालय पर संचालित महिला सुरक्षा एवं सलाह केन्द्र के संचालन हेतु महिला सुरक्षा एवं सलाह केन्द्र नियमन एवं अनुदान योजना, 2010 (संशोधित) – 2017 एवं शासन सचिव महिला एवं बाल विकास विभाग राज0 जयपुर के आदेश 25617 दिनांक 26.08.2019 के नियम 6 के अनुसरण में नियम 7 में वर्णित पात्रताधारी गैर-शासकीय संस्थाओं से एतद् द्वारा प्रस्ताव आमंत्रित किये जाते हैं।

आवेदन निर्धारित प्रपत्र में दिनांक 26.04.2022 दोपहर 01:00 बजे तक कार्यालय सहायक निदेशक महिला अधिकारिता विभाग झालावाड़ में प्रस्तुत किये जा सकते हैं। जिसका प्रारूप, पात्रता की शर्तें तथा अधिसूचना विभागीय वेबसाइट www.wcd.rajasthan.gov.in से डाउनलोड किये जा सकते हैं। अधिक जानकारी के लिए कार्यालय समय में कार्यालय में सम्पर्क किया जा सकता है।

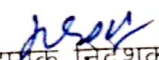

सहायक निदेशक
महिला अधिकारिता विभाग
झालावाड़

दिनांक:- 19/04/22

क्रमांक:-स्था / 2022-23 / 71 - 75

प्रतिलिपि :- निम्न को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित है :-

1. श्रीमान आयुक्त, महिला अधिकारिता विभाग राज0 जयपुर।
2. श्रीमान निदेशक, सूचना एवं जनसम्पर्क विभाग को भेजकर निवेदन है कि विज्ञप्ति का प्रकाशन एक राज्य व एक स्थानीय स्तरीय समाचार पत्रों में DPR दर पर न्यूनतम स्पेस में प्रकाशित करने का श्रम करें।
3. श्रीमान जिला कलेक्टर, झालावाड़।
4. प्रोग्रामर, निदेशालय महिला अधिकारिता विभाग, जयपुर को भेजकर लेख है कि विभागीय वेबसाइट पर विज्ञप्ति अपलोड करवाने का श्रम करें।
5. रक्षित पत्रावली।


सहायक निदेशक
महिला अधिकारिता विभाग
झालावाड़



राजस्थान सरकार
कार्यालय सहायक निदेशक, महिला अधिकारिता विभाग,
मिनी सचिवालय, झालावाड़

E-mail – jhalawar.we@rajasthan.gov.in

फोन नं. :- 07432-231140

महिला सुरक्षा एवं सलाह केन्द्र संचालन हेतु

आवेदन प्रपत्र

(महिला सुरक्षा एवं सलाह केन्द्र नियमन एवं अनुदान योजना अधिसूचना (संशोधन)-2017,
के नियम 6 एवं 7 के अंतर्गत)

सहायक निदेशक,
महिला अधिकारिता,
जिला – झालावाड़।

विषय :- पुलिस जिला मुख्यालयपर संचालित महिला सुरक्षा एवं
सलाह केन्द्र के संचालन हेतु।

उपर्युक्त विषयान्तर्गत निवेदन है कि हमारी संस्था जिला – झालावाड़ में महिला सुरक्षा
एवं सलाह केन्द्र संचालित करने की इच्छुक है। संस्था का पूर्ण विवरण निम्न प्रकार से है :-

(क) संस्था का परिचय

संस्था का नाम	
रजिस्ट्रेशन अधिनियम एवं संख्या	प्रमाणित प्रति संलग्न करें
संस्था का पंजीकृत कार्यालय – पूर्ण पता	
संस्था का संविधान	प्रति संलग्न करें
संस्था की कार्यकारिणी	प्रति संलग्न करें
टेलीफोन व मोबाईल नं०	
फैक्स	
ई-मेल यदि हो	
वेबसाईट यदि हो	

(ख) संस्था के कार्य एवं अनुभव

1.	संस्था का कार्यक्षेत्र	
2.	संस्था के मूल उद्देश्य	
3.	संस्था द्वारा वर्तमान में चलाई जा रही गतिविधियों का विवरण	संक्षिप्त विवरण दे। विस्तृत सूचना के लिए अलग से शीट लगायी जा सकती है।

ms

4.	संस्था द्वारा अब तक जिन क्षेत्रों में कार्य किया गया है उसका पूर्ण विवरण	संक्षिप्त विवरण दे। विस्तृत सूचना के लिए अलग से शीट लगायी जा सकती है।
5.	संस्था द्वारा महिलाओं के लिए विशेष रूप से चलाये जा रहे कार्यक्रमों का विवरण	संक्षिप्त विवरण दे। विस्तृत सूचना के लिए अलग से शीट लगायी जा सकती है।
6.	क्या संस्था को व्यक्ति महिलाओं की सलाह और मार्गदर्शन आदि क्षेत्र का अनुभव है, यदि हाँ तो कब से इस क्षेत्र में कार्य कर रही है तथा विस्तृत विवरण	संक्षिप्त विवरण दे। विस्तृत सूचना के लिए अलग से शीट लगायी जा सकती है।

(ग) संस्था की प्रशासनिक एवं वित्तीय व्यवस्था

1.	संस्था में कामियों की कुल संख्या व विवरण	नाम	पद	शैक्षणिक योग्यता	अनुभव
2.	पिछले तीन वर्षों में संस्था की आय के स्रोत एवं व्यय का विवरण	गत तीन वर्ष की ऑडिट रिपोर्ट संलग्न करें।			
3.	संस्था की वार्षिक रिपोर्ट	गत तीन वर्ष की रिपोर्ट की प्रतियां संलग्न करें।			
4.	अन्य विवरण जो देना चाहे				

घोषणा

यह प्रमाणित किया जाता है कि(संस्था का नाम) के संबंध में प्रपत्र में दी गई सभी सूचनायें, जहां तक जानकारी है, सही और तथ्यों पर आधारित है।

हम संस्था के निम्न पदाधिकारी यह प्रमाणित करते हैं कि महिला सुरक्षा एवं सलाह केन्द्र नियमन एवं अनुदान योजना अधिसूचना (संशोधन)-2017 में दी गई शर्तों एवं समय-समय पर राज्य सरकार द्वारा दिये गये निर्देशों/आदेशों का पूर्णतया पालन किया जायेगा। यदि कार्य की अवधि में संस्था द्वारा संपादित कार्य असंतोषजनक पाया जाता है तो राज्य सरकार संस्था की मान्यता समाप्त कर सकेगी।

हस्ताक्षर संस्था पदाधिकारी

हस्ताक्षर (सचिव)

हस्ताक्षर (अध्यक्ष)

नाम

पता/टेलीफोन नं०

नाम

पता/टेलीफोन नं०

स्थान

दिनांक :-