

* ਖੇਤੀਬਾੜੀ ਦੀ ਰਹਿੰਦ ਖੁਹੰਦ ਦੀ In-Situ Management ਲਈ ਖੇਤੀਬਾੜੀ ਮਸ਼ੀਨੀਕਰਨ ਸਬੰਧੀ ਸਕੀਮ।

1	ਸਕੀਮ ਦਾ ਸੰਖੇਪ ਉਦੇਸ਼।	ਪੰਜਾਬ ਰਾਜ ਵਿੱਚ ਖੇਤੀਬਾੜੀ ਦੀ ਰਹਿੰਦ ਖੁਹੰਦ ਦੀ In-Situ Management ਲਈ ਖੇਤੀਬਾੜੀ ਮਸ਼ੀਨੀਕਰਨ ਸਬੰਧੀ ਸਕੀਮ ਦੀ ਤਰੱਕੀ।
2	ਸਕੀਮ ਅਧੀਨ ਮੈਂਬਰ ਬਣਨ ਲਈ ਯੋਗਤਾ।	ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਖੇਤੀਬਾੜੀ ਸਹਿਕਾਰੀ ਸਭਾਵਾਂ (ਪੈਕਸ)
3	ਸਕੀਮ ਅਧੀਨ ਲਾਭ/ਸਹਾਇਤਾ।	ਖੇਤੀਬਾੜੀ ਦੀ ਰਹਿੰਦ ਖੁਹੰਦ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਲਈ ਉਪਯੋਗੀ ਸੰਦਾਂ ਦੀ ਖਰੀਦ ਲਈ 80% ਸਬਸਿਡੀ।
4.	ਫਾਰਮੈਟ ਅਫ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ।	ਸੰਦਾਂ ਦੀ ਖਰੀਦ ਲਈ ਪੈਕਸ ਦੀ ਪ੍ਰਬੰਧਕ ਕਮੇਟੀ ਵੱਲੋਂ ਪਾਸ ਕੀਤਾ ਮਤਾ।
5.	ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਲਈ ਕਿਹੜੇ ਕਿਹੜੇ ਡਾਕੂਮੈਂਟ ਲੋੜੀਂਦੇ ਹਨ?	ਪੈਕਸ ਦੀ ਪ੍ਰਬੰਧਕ ਕਮੇਟੀ ਵੱਲੋਂ ਪਾਸ ਕੀਤਾ ਮਤਾ।
6.	ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ ਦਾਖਲ ਕਰਨ ਦਾ ਪ੍ਰਸੀਜ਼ਰ।	ਮਤੇ ਦੀ ਕਾਪੀ ਅਤੇ ਖੇਤੀਬਾੜੀ ਵਿਭਾਗ ਦੇ ਪੋਰਟਲ ਤੇ ਪੈਕਸ ਦੀ ਰਜਿਸਟਰੇਸ਼ਨ।
7.	ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨਾਂ।	ਸਬੰਧਿਤ ਸਹਾਇਕ ਰਜਿਸਟਰਾਰ, ਸਹਿਕਾਰੀ ਸਭਾਵਾਂ।
8.	ਸਰਵਿਸ ਡਿਲਿਵਰੀ ਟਾਈਮ ਲਾਈਨ।	ਸਬਸਿਡੀ ਮਿਲਣ ਦੀ ਉਪਲਬਧਤਾ ਤੇ।
9.	ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਲਾਭ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।	ਖੇਤੀਬਾੜੀ ਸੰਦਾਂ ਦੀ ਖਰੀਦ ਦੇ ਬਿਲ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਵਾਉਣ ਤੇ।
10.	ਕਿਸ ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਹੈ।	ਸਬੰਧਿਤ ਸਹਾਇਕ ਰਜਿਸਟਰਾਰ, ਸਹਿਕਾਰੀ ਸਭਾਵਾਂ।

ਭਾਈ ਘਨੱਈਆ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾ ਸਕੀਮ 2018-19

1	ਸਕੀਮ ਦਾ ਮੁੱਖ ਉਦੇਸ਼।	ਸਕੀਮ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਪੰਜਾਬ ਰਾਜ ਦੇ ਆਰਥਿਕ ਤੌਰ ਤੇ ਪੱਛੜੇ ਕਿਸਾਨਾਂ, ਅਤੇ ਸਹਿਕਾਰਤਾ ਵਿਭਾਗ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਨੂੰ ਚੰਗੀਆਂ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨਾ ਹੈ।
2	ਸਕੀਮ ਅਧੀਨ ਮੈਂਬਰ ਬਣਨ ਲਈ ਯੋਗਤਾ।	ਰਜਿਸਟਰਡ ਹੋਈਆਂ ਸਹਿਕਾਰੀ ਸਭਾਵਾਂ/ਸੰਸਥਾਵਾਂ, ਜੋ ਪੰਜਾਬ ਅਤੇ ਚੰਡੀਗੜ ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਕਰ ਰਹੀਆਂ ਹਨ, ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ, ਸਹਿਕਾਰਤਾ ਵਿਭਾਗ/ਰਜਿਸਟਰਾਰ ਸਹਿਕਾਰੀ ਸਭਾਵਾਂ ਪੰਜਾਬ ਦੇ ਮੌਜੂਦਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾ ਨਵਿਰਤ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ/ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਲਈ ਅਤੇ ਪੰਜਾਬ ਸਟੇਟ ਕੋਆਪ੍ਰੇਟਿਵ ਬੈਂਕ/ਸੈਂਟਰਲ ਕੋਆਪ੍ਰੇਟਿਵ ਬੈਂਕ ਦੇ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਸੇਵਿੰਗਜ਼ ਬੈਂਕ ਅਕਾਊਂਟਸ ਹੋਲਡਰਜ਼ ਭਾਈ ਘਨੱਈਆ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾ ਸਕੀਮ ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਬਣ ਸਕਦੇ ਹਨ।
3	ਸਕੀਮ ਅਧੀਨ ਲਾਭ/ਸਹਾਇਤਾ।	ਭਾਈ ਘਨੱਈਆ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾ ਸਕੀਮ ਅਧੀਨ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋ ਕੇ ਇਲਾਜ ਕਰਾਉਣ ਲਈ ਬੀਮੇ ਦੀ ਸੁਵਿਧਾ ਲਾਭਪਾਤਰੀਆਂ ਨੂੰ 2 ਲੱਖ ਰੁਪਏ ਤਕ ਪ੍ਰਤੀ ਪਰਿਵਾਰ ਇੱਕ ਸਾਲ ਲਈ ਉਪਲੱਬਧ ਹੋਵੇਗੀ।
4.	ਫਾਰਮੈਟ ਆਫ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ।	ਨੱਥੀ ਝੰਡੀ ਉੱਤੇ ਰਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।
5.	ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਲਈ ਕਿਹੜੇ ਕਿਹੜੇ ਡਾਕੂਮੈਂਟ ਲੋੜੀਂਦੇ ਹਨ?	ਮੋਬਾਈਲ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਕੋਈ ਵੀ ਆਈ.ਡੀ. ਪਰੂਫ।
6.	ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ ਦਾਖਲ ਕਰਨ ਦਾ ਪ੍ਰੋਸੀਜ਼ਰ।	ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਆਪਣਾ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ ਸਬੰਧਤ ਸਹਿਕਾਰੀ ਸਭਾ ਦੇ ਸਕੱਤਰ/ਬਰਾਂਚ ਮੈਨੇਜਰ ਕੋਆਪ੍ਰੇਟਿਵ ਬੈਂਕ/ਸੈਂਟਰਲ ਕੋਆਪ੍ਰੇਟਿਵ ਬੈਂਕ ਰਾਹੀਂ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।
7.	ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨਾ।	ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ ਸਬੰਧਤ ਸਭਾ ਦੇ ਸਕੱਤਰ/ਬਰਾਂਚ ਮੈਨੇਜਰ ਕੋਆਪ੍ਰੇਟਿਵ ਬੈਂਕ/ਸੈਂਟਰਲ ਕੋਆਪ੍ਰੇਟਿਵ ਬੈਂਕ ਕੋਲ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।
8.	ਸਰਵਿਸ ਡਿਲਿਵਰੀ ਟਾਈਮ ਲਾਈਨ।	ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ/ਟੀ.ਪੀ.ਏ. ਅਤੇ ਟਰੱਸਟ ਵੱਲੋਂ ਸਮੇਂ ਸਮੇਂ ਤੇ ਜਿਵੇਂ ਫਿਕਸ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।
9.	ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਲਾਭ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।	ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਆਪਣਾ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਕਾਰਡ ਜਾਂ ਕੋਈ ਵੀ ਵੈਲਿਡ ਪਛਾਣ ਕਾਰਡ ਵਿਖਾ ਕੇ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।
10	ਕਿਸ ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਹੈ।	ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਭਾਈ ਘਨੱਈਆ ਟਰੱਸਟ ਦੇ ਮੈਨੇਜਰ ਸ਼੍ਰੀ ਬੀ.ਐਸ. ਭਾਟੀਆ ਮੋਬਾਈਲ ਨੰ: 85588-15606 ਜਾਂ ਦਫਤਰੀ ਫੋਨ ਨੰ: 5014900 ਅਤੇ ਐਮ.ਡੀ.ਇੰਡੀਆਂ, ਟੀ.ਪੀ.ਏ. ਦੇ ਟੋਲ ਫਰੀ ਨੰ: 1800-233-5758 ਅਤੇ 0172-2236540 ਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹੈ।

BHAI GHANHYA SEHAT SEWA SCHEME-2018-19

United India Insurance Co. Ltd.

Member Enrolment Form

District Name:	Name of AR Circle:
Name of Society:	Mobile Number of Society Secretary:
To Be Filled By United India Insurance Company Ltd.	
Underwriting Decision: <input type="checkbox"/> Accepted <input type="checkbox"/> Rejected <input type="checkbox"/> Partially Rejected	
Reason for Rejection: _____	
Signature of Underwriter: _____ Stamp of Underwriter: _____	

Main Member's Detail				Dependent's Detail				
Name	Date of Birth	Sex (M/F)	SN	Name	Relation	Sex	Date Of Birth	Mobile No.
			1					
Mobile No:			2					
Last Year's Card Number (If Available):			3					
			4					
Signature of Main Member:			5					
			6					
			7					
			8					
A. Premium of Main Member			No. of Dependent Enrolled (C)	Premium of per Dependent (D)		B. Total Premium of Dependent (Cx D)		Total Premium (A+B)
Rs. 149				Rs. 433		Rs.		Rs.

The beneficiaries shall be entitled to av ail medical facilities for the ailments covered under the Scheme on cashless basis, by producing I.D. Card to the Network hospital at its IPD reception within 3 days from the date of first visit to 24 hrs of admission in case of planned hospitalization and within 6 hrs before the discharge in case of emergency hospitalization. In case of failure on the part of the member due to any reason whatsoever, to produce I.D. card to the hospital within above stipulated time period, he/she shall not be entitled to either cashless treatment or reimbursement of expenses incurred in the Network Hospital and shall have to make the full payment to the Hospital at the time of discharge. For the members undergoing joint replacement, the discharge proof will be required to be produced to the Network hospital along with the I.D. Card at its IPD Reception. The beneficiaries shall also be entitled to av ail treatment from the Govt. Hospital, by settling the bill directly to the Govt. Hospital, by paying all the charges at the time of discharge from the Govt. Hospital. In such cases of treatment in Govt. Hospitals, the beneficiary shall later submit all the bills of the Govt. Hospital, documents related to treatment in the Govt. Hospital, along with the filled and signed Claim Form as per the checklist to any of the offices / district coordinators of TPA to seek reimbursement from the TPA within 90 days from the date of discharge from the Govt. Hospital. The claims received by the TPA after lapse of 45 days of date of expiry of the Policy Plan Period shall not be entertained by the TPA for processing and settlement. Member can seek reimbursement on ly in case of the treatment in the Govt. Hospitals.

Hospitalization/admissions taking place only at or before 12.00 P.M. (midnight) of the last day of the Policy Plan Period shall be covered under the Policy. Any admission taking place after 12 P.M. (midnight) of the said day shall not be entertained for issuance of pre-authorization for cashless access or settlement of claim under the Policy.

Claims received after 45 days of date of expiry of the Policy Plan Period, due to any reasons whatsoever including continuous stay/ indoor treatment of the patient in the Network Hospital and Govt. Hospital for 45 days after the date of expiry of the Policy Plan Period, shall not be accepted by the TPA, even if the date of admission of the Beneficiary making such claim is falling before 12.00 P.M. or midnight of last day of the expiry of the Policy Plan Period.

The Beneficiary shall be entitled to the benefits of the scheme, with effect from the date of start of the Policy Plan Period, irrespective of the date of filling of the Enrollment form, payment of the premium to the society or payment of the premium by the society to the Trust and date of issuance/ date printed on the I.D Card by the TPA.

Towards compliance with the cancellation clause contained in the standard medical policy product filed by the Insurer with the Insurance Regulatory & Development Authority (IRDA) under the stipulated "File & Use Procedure", which the Insurer should have earlier represented at the time of submission of the Tender Document to the Trust, as being applicable and legally binding for the purposes of issuing the Policy to the Trust, the Trust agrees that the Insurer shall be entitled to cancel the Policy and to terminate the Agreement by giving a prior notice of ninety days to the Trust. The Trust/ Quarter Concerned will not be legally or financially responsible in any manner whatsoever, for the benefits under the scheme after the date of cancellation of the Policy.

The complete financial and legal liabilities, if any, arising consequent to the operationalization of the Scheme or the Policy, shall rest exclusively and unconditionally with the TPA & the Insurance Company. Member shall not hold the Trust responsible in any manner whatsoever, for any matter whatsoever arising consequent to the operationalization of the Scheme. The role of the Trust/ Concerned Quarter is only confined to the passing on the premium paid by the member to the insurer, on his/her behalf.

The above information supplied by me is correct to the best of my knowledge and belief. I hereby unconditionally consent that if any misrepresentation in the information supplied by me in this form is found at any stage along with my family shall no longer remain eligible for any of the benefits under the Scheme. I certify that I am the Main Member as per the eligibility criteria. I hereby voluntarily opt to become a beneficiary under the Scheme along with my Family Members and hereby authorize the Trust/ my department/office/ Concerned Quarter to pass on the Premium paid by me/us to the Insurer on my behalf as per the terms and conditions of the Scheme. The copy of the Scheme is available with the secretary of my cooperative society/department/office/ Concerned Quarter. I have read and understood all the terms and conditions of the Scheme. I undertake to abide by and adhere to the terms and conditions of the Scheme at all times. Further, I unconditionally agree that only the courts at Chandigarh alone shall have the exclusivity to entertain any petition or claim by any Beneficiary under this Scheme and that the Trust/ my department/office/ Concerned Quarter shall not be legally and financially liable towards any Beneficiary.

I hereby give my consent to become member of the Bhai Ghanhya Sehat Sewa Scheme for 2 years and allow payment/deduction of the premium from my account by society secretary on my behalf for insurance scheme of 2 years. I agree to pay the premium of the eligible members of my family for the second policy plan period of second year at least 3 months prior to expiry of first policy plan period.

Further I also declare that this optio n/ declaration made is final, irrevocable and wholly binding on me.

The Policy Plan Period shall start from the date notified by the Insurance Company through newspapers irrespective of the date of filling up of the Enrollment Form, payment of the Premium to the society or payment of the Premium by the society to the Trust/ my department/office/ Concerned Quarter and date of issuance/ date printed on the I.D Card by the TPA.

Place _____

Date _____ Signature of Main Member _____

Name of Society Secretary:	Name of Deputy Registrar:
Signature with Seal:	Signature with Seal:
Date:	Date:

ਮਾਈ ਭਾਗੋ ਇਸਤਰੀ ਸਸ਼ਕਤੀਕਰਨ ਸਕੀਮ

1	ਸਕੀਮ ਦਾ ਸੰਖੇਪ ਉਦੇਸ਼।	ਇਹ ਸਕੀਮ ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਪੇਂਡੂ ਇਲਾਕਿਆਂ ਵਿੱਚ ਔਰਤਾਂ ਨੂੰ ਵਿਅਕਤੀਗਤ/ਇਕੱਲੇ ਤੌਰ ਤੇ ਜਾਂ ਗਰੁੱਪ ਵਜੋਂ ਸੰਗਠਿਤ ਕਰੇਗੀ। ਇਸ ਸਕੀਮ ਦਾ ਮਕਸਦ ਔਰਤਾਂ ਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸੁਵਿਧਾ ਮੁਤਾਬਿਕ ਜਗ੍ਹਾ ਤੇ ਸਿਖਲਾਈ ਦੇ ਕੇ, ਬੇਰੋਕ ਕਰਜ਼ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਕੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਵੈ ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਵਾਲੀਆਂ ਇਸਤਰੀਆਂ ਵਲੋਂ ਤਿਆਰ ਕੀਤੇ ਮਾਲ ਦੇ ਮੰਡੀਕਰਨ ਨੂੰ ਸਹਿਕਾਰੀ ਸਭਾਵਾਂ, ਮਿਲਕਫੈਡ ਅਤੇ ਮਾਰਕਫੈਡ ਵਰਗੇ ਰਾਜ ਪੱਧਰੀ ਅਦਾਰਿਆਂ ਦੇ ਸਹਿਯੋਗ ਨਾਲ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਏਗੀ।
2	ਸਕੀਮ ਅਧੀਨ ਮੈਂਬਰ ਬਣਨ ਲਈ ਯੋਗਤਾ।	ਸਕੀਮ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਲਈ ਕੋਈ ਵੀ ਔਰਤ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।
3	ਸਕੀਮ ਅਧੀਨ ਲਾਭ/ਸਹਾਇਤਾ।	<p>ੳ) ਇਸ ਸਕੀਮ ਦੇ ਅਧੀਨ ਔਰਤਾਂ ਨੂੰ ਮੁਫ਼ਤ ਟ੍ਰੇਨਿੰਗ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।</p> <p>ਅ) ਮਾਈਭਾਗੋ ਇਸਤਰੀ ਸਸ਼ਕਤੀਕਰਨ ਸਕੀਮ ਦੇ ਤਹਿਤ ਔਰਤਾਂ ਨੂੰ ਸੀ.ਸੀ.ਬੀਜ਼ ਦੇ ਦੁਆਰਾ ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ ਕਰਜ਼ੇ ਦੀ ਸਹੂਲਤ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਸਕੀਮ ਤਹਿਤ 25000/- ਰੁਪਏ ਤੱਕ ਦਾ ਕਰਜ਼ਾ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਸਕਿਊਰਿਟੀ ਦੇ ਪੈਕਸ ਦੀ ਔਰਤ ਮੈਂਬਰ ਨੂੰ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਦਾ ਉਪਬੰਧ ਹੈ। ਇਸ ਮਾਮਲੇ ਨੂੰ ਸਕੀਮ ਸਬੰਧੀ ਕੰਮ ਲਈ ਬਣਾਈ ਗਈ ਕਮੇਟੀ ਵੱਲੋਂ ਵਿਚਾਰਨ ਉਪਰੰਤ ਇਸ ਕਰਜ਼ੇ ਦੀ 25000/-ਰੁ: ਤੱਕ ਦੀ ਸੀਮਾ ਨੂੰ ਵਧਾ ਕੇ 50,000/-ਰੁ: ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਪਹਿਲੀ ਕਿਸ਼ਤ ਵਿੱਚ 25000/-ਰੁ: ਤੱਕ ਦਾ ਕਰਜ਼ਾ ਹੀ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਦੂਸਰੀ ਕਿਸ਼ਤ ਮੁਬ:25000/-ਰੁ: ਤੱਕ ਉਦੋਂ ਹੀ ਗ਼ੈਲੀਜ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਪਹਿਲੀ ਕਿਸ਼ਤ ਦੀ ਸਹੀ ਵਰਤੋਂ ਹੋਈ ਹੋਵੇ, ਭਾਵ ਔਰਤ ਵੱਲੋਂ ਆਪਣਾ ਕੰਮ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤਾ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਵਸੂਲੀ ਆ ਰਹੀ ਹੋਵੇ। ਡਿਫਾਲਟਰ ਮੈਂਬਰਾਂ ਨੂੰ ਦੂਜੀ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ। ਸਕੀਮ ਤਹਿਤ ਕਰਜ਼ਾ 9% ਵਿਆਜ ਦਰ ਤੇ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।</p> <p>ਇਸ ਰਕਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਬੰਧੀ ਕੋਈ ਬਿਲ ਆਦਿ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗੀ, ਸਿਰਫ਼ ਸਹਿਕਾਰੀ ਸਭਾਵਾਂ ਦੇ ਇੰਚਾਰਜ ਨਰੀਖਕਾਂ ਵੱਲੋਂ ਕਰਜ਼ੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਬੰਧੀ ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।</p>
4.	ਫਾਰਮੈਟ ਆਫ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ।	ਨਿੱਲ
5.	ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਲਈ ਕਿਹੜੇ ਕਿਹੜੇ ਡਾਕੂਮੈਂਟ ਲੋੜੀਂਦੇ ਹਨ?	ਨਿੱਲ

6.	ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ ਦਾਖਲ ਕਰਨ ਦਾ ਪ੍ਰੋਸੀਜ਼ਰ।	ਸਹਿਕਾਰਤਾ ਵਿਭਾਗ ਦਾ ਨਰੀਖਕ(ਸਹਿਕਾਰੀ ਸਭਾ ਦਾ ਇੰਚਾਰਜ), ਸਭਾ ਦੇ ਸਕੱਤਰ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਔਰਤਾਂ ਦਾ ਗਰੁੱਪ ਤਿਆਰ ਕਰੇਗਾ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਵਾਏਗਾ। ਇਹ ਗਰੁੱਪ ਤਿਆਰ ਕਰਨ ਦਾ ਸਿਲਸਿਲਾ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਸਭਾਵਾਂ ਉਪਰ ਨਿਰਭਰ ਕਰੇਗਾ। ਮੁੱਢਲੇ ਤੌਰ ਤੇ 7-10 ਔਰਤਾਂ ਦਾ ਗਰੁੱਪ ਬਣਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਔਰਤਾਂ ਪੈਕਸ ਦੀਆਂ ਨਾਮੀਨਲ ਮੈਂਬਰ ਬਣਾਇਆਂ ਜਾਣਗੀਆਂ। ਪਰ ਪੈਕਸ ਹਰ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਸਹਾਇਕ ਸੰਸਥਾ ਦੀ ਭੂਮਿਕਾ ਅਦਾ ਕਰੇਗੀ।
7.	ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨਾ।	ਸਬੰਧਤ ਸਹਾਇਕ ਰਜਿਸਟਰਾਰ ਸਹਿਕਾਰੀ ਸਭਾਵਾਂ, ਪੰਜਾਬ।
8.	ਸਰਵਿਸ ਵਿਲਵਰੀ ਟਾਈਮ ਲਾਈਨ।	ਕੋਈ ਨਹੀਂ
9.	ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਲਾਭ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।	ਕੋਈ ਨਹੀਂ
10.	ਕਿਸ ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਹੈ।	ਡਵੀਜ਼ਨ /ਸਰਕਲ ਦੇ ਸਬੰਧਤ ਸਹਾਇਕ ਰਜਿਸਟਰਾਰ/ਨਰੀਖਕ ਸਹਿਕਾਰੀ ਸਭਾਵਾਂ।