ગુજરાત સરકાર

આરોગ્ય અને પ. ક. વિભાગ ઠ. ક/ એફ.પી.ડબલ્યુ / ૧૦૨૦૦૫ / ૧૮૯૮ / ઘ તારીખ : ૧૨/૧૨/૨૦૦૭ / જનની સુરક્ષા યોજના

આરોગ્ય અને પ. ક. વિભાગ ઠ. ક/ એફ.પી.ડબલ્યુ / ૧૦૨૦૦૫ / ૧૮૯૮ / બ - ૧ તારીખ : ૦૫/૦૧/૨૦૦૯

ગરીબી રેખા નીચેના કુટુંબ ની મહિલા ને યોજના હેઠળ પ્રસુતિ સેવા ઓ મેળવવા માટે નું અરજી પત્રક

જનની સુરક્ષા યોજના

લાભાર્થી નો મોબાઇલ નંબર : .....

પ્રતિ,

મેડીકલ ઓફિસર

અર્બન હેલ્થ સેન્ટર, ...

૧ અરજદાર મહિલા નું પુરૂ નામ(અટક પ્રથમ લખવી) .....

૨ ઉમર વર્ષ :.....

૩ પતિ નું પુરૂ નામ (અટક પ્રથમ લખવી) .....

૪ પુરૂ સરનામું .....

.....

૫ જ્ઞાતિ (એસ.સી. / એસ.ટી / ઓબીસી / જનરલ) .....

૬ પતિ નો વ્યવસાય .....

૭ કુટુંબની કુલ વાર્ષિક આવક : .....

૮ હયાત બાળકો ની સંખ્યા : પુત્ર ..... પુત્રી ..... કુલ .....

૯ આ કેટલા મી પ્રસુતી છે (પારા) : .....

૧૦ પ્રસુતી ની સંભવિત તારીખ (ઇ.ડી.ડી. તારીખ) : .....

૧૧ સગર્ભાવસ્થા દરમ્યાન જે સરકારી દવાખાને સારવાર લીધેલ હોય તેની વિગત : .....

૧૨ જનની સુરક્ષા યોજનાના લાભાર્થી તરીકેની લાયકાત : .....

ઉપરોક્ત જણાવેલ સંપુર્ણ વિગત અમો એ સમજ પૂર્વક ભરેલી છે. આ માની કોઇ વિગત ખોટી ઠરે તો આ યોજના હેઠળ મળેલ સહાય સરકાર શ્રી ને પરત કરવા આથી અમો બાહેંધરી આપી એ છીએ. તો મળવાપાત્ર આર્થિક સહાય મંજુર કરવા વિનંતી.

તારીખ : ....

.....

સ્થળ :..... સાક્ષી ની સહી અરજદાર ની સહી

ચુકવવા માટે મંજુર

રૂપીયા .....

અંકે રૂપીયા .....

તબીબી અધીકારીનું પ્રમાણપત્ર

આથી પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવે છે કે અરજદાર શ્રીમતી..... ગામ ..... તાલુકા ..... જિલ્લા ..... ના રહેવાસી છે. તેમની પ્રસુતી ની સંભવિત તારીખ છે. તેમની આ ..... મી સુવાવડ છે. અને તેમની સુવાવડ ની સંભવીત તારીખ : ..... છે. તેઓએ ..... પેટા કેન્દ્ર ખાતે ..... સ્ત્રી આરોગ્ય કાર્યકર પાસે નોંધણી કરાવેલ છે. તેમણે ધનુર ની રસી ના પુરા ડોઝ લીધેલ છે. અને ..... દવાખાનામાં નિયમિત તપાસ કરાવેલ છે. અને લાભાર્થી ની ઉમર ૧૯ વર્ષ થી ઓછી નથી. તેની અમો એ ખાત્રી કરેલ છે.

તારીખ : ....

સ્થળ :..... મેડીકલ ઓફિસર ની સહી સ્ત્રી આરોગ્ય કાર્યકર ની સહી

- ગરીબી રેખા હેઠળ ના લાભાર્થી હોવા અંગેનું પ્રમાણ પત્ર

આથી પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવે છે કે, અરજદાર ની શ્રીમતી ..... ઉમર વર્ષ ..... ગામ ..... તાલુકા ..... જિલ્લા ..... ના રહેવાસી છે. અને તેણી ગરીબી રેખા હેઠળના કુટુંબ ના સભ્ય છે. તેનો બીપીએલ નંબર ..... છે. તેઓનું નામ બી.પી.એલ. યાદીમાં નથી. પરંતુ તેઓએ .....તરફથી આપવામાં આવેલ આવકના દાખલા રજુ કરેલ છે. જે મુજબ તેઓની વાર્ષિક આવક રૂ. ૧૧૦૦૦/- થી ઓછે છે. આ આવકના દાખલાના આધારે તેઓને જનની સુરક્ષા યોજનાના લાભાર્થી તરીકે માન્ય કરવામાં આવે છે.

તારીખ : .....

સ્થળ : ..... (નગરપાલિકા ના ચિફ ઓફિસર ની સહી અને સિક્કો)

-- **અનુસુચીત જાતિ / જન જાતિના હોવાથી જનની સુરક્ષા યોજના લાયક લાભાર્થી હોવાનું પ્રમાણપત્ર**

આથી પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવે છે કે. અરજદાર શ્રીમતી ..... ઉમર વર્ષ : ..... ગામ : ..... તાલુકો : ..... જિલ્લા ..... ના રહેવાસી છે. તેમની તરફથી તેઓ અનુસુચીત જાતિ / જન જાતિના હોવા અંગેનું ..... અધિકારી નું પ્રમાણપત્ર રજુ કરવામાં આવેલ છે. તે મુજબનું તેઓને જનની સુરક્ષા યોજનાના લાભાર્થી તરીકે માન્ય કરવામાં આવેલ છે.

તારીખ..... .....

સ્થળ :..... મેડીકલ ઓફિસર ની સહી

-- **નાણાં મળ્યા બદલની પહોંચ**

પ્રતિ,

મેડીકલ ઓફિસર

અર્બન હેલ્થ સેન્ટર, ...

હું શ્રીમતી ..... ગામ જસદણ તાલુકા જસદણ જિલ્લો ..... ના રહેવાસી છીએ. અમે તારીખ ..... ના રોજ મારી પ્રસુતિ ..... (કમ) પ્રસુતિ થયેલ છે. આ પ્રસુતી માટે મને રૂ ..... અંકે રૂપીયા ..... પુરા આપના તરફથી મળેલ છે. જે બદલ આ પહોંચ લખી આપું છુ.

તારીખ: ....

સ્થળ :..... સાક્ષી ની સહી અરજદાર ની સહી