

ગરીબી રેખા નીચેના કુટુંબની મહિલાને પ્રસુતિ દરમ્યાન મળવાપાત્ર  
આર્થિક સહાય અંગેનું અરજી ફોર્મ

૧. અરજદાર મહિલાનું પુરુ નામ અટક સાથે :
૨. ઉંમર - વર્ષ :
૩. જ્ઞાતિ અ.જા./જન.જાતિ / બંધીપંચ / અન્ય :
૪. પુરુ સરનામું :
૫. પતિનું પુરુ નામ - અટક સાથે. :
૬. પતિનો વ્યવસાય :
૭. કુટુંબની કુલ વાર્ષિક આવક :
૮. હયાત બાળકોની સંખ્યા. : પુત્ર.  
પુત્રી.  
કુલ. ....
૯. આ કેટલામી પ્રસુતિ છે. :
૧૦. ગર્ભધારણ કર્યા પછી પ્રસુતિના સમય સુધી જે દવાખાનું / સ્ત્રી આરોગ્ય કાર્યકરની સારવાર લીધેલ હોય તેની વિગત તથા સારવારનો સમય. :
૧૧. સુવાવડની સંભવિત તારીખ. :
૧૨. કુસુવાવડ થઈ હોય તો તેની વિગત. :
૧૩. કામદાર રાજ્ય વીમા યોજના અથવા બીજી કોઈ યોજના હેઠળ પ્રસુતિ સહાય મળે છે ? :
૧૪. જો આ બીજી સુવાવડ હોય ત્યાં પ્રથમ સુવાવડની તારીખ આધાર રુપે પ્રથમ બાળકના જન્મનો દાખલો રજુ કરવો. :

સ્થળ :-  
તારીખ :-

અરજદાર સહી :  
અંગુઠાનું નિશાન.

બાંહેધરી પત્રક

ઉપર જણાવેલ સંપૂર્ણ લકિકત અમોએ સમજપૂર્વક ભરેલ છે. અને સાચી છે. આમાંથી કોઈ વિગત ખોટી કરે તો આ યોજના હેઠળ મળેલ સહાય સરકારશ્રીને પરત કરવા ખાસ અમો બાંહેધરી આપીએ છીએ તો મળવાપાત્ર આર્થિક સહાય મંજુર કરવા વિનંતી છે.

સ્થળ :  
તારીખ :

અરજદારની સહી.  
અંગુઠનું નિશાન.  
અરજદારના પતિની સહી.  
અંગુઠનું નિશાન.

તેમની સુવાવડની સંભવિત તારીખ..... છે. તેઓએ પેટા .....  
દવાખાના / હોસ્પિટલ ..... ખાતે નોંધણી કરાવી છે. ધનુર વિરોધી રસીના  
પુરા ડીઝલ લીધેલ છે. અને પેટા કેન્દ્ર / પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્ર / શહેરી દવાખાના, હોસ્પિટલ કક્ષાએ નિયમીત  
તપાસ કરાવે છે. અને જરૂરી સારવાર લે છે.

આ પ્રથમ દ્વિતીય સુવાવાડ બીજો તેઓની ઉંમર -૧૯ વર્ષથી ઓછી નથી. તેની ખાત્રી (જન્મ તારીખ,  
શાળા છોડવાનું પ્રમાણપત્ર) એફડિવીટ / તબીબી તપાસથી / અમોએ ખાત્રી કરી છે.

આરોગ્ય કાર્યકરની સહી.....  
આરોગ્ય કાર્યકરની નામ.....  
પ્રા.સા.કે.મે. ઓ.ની. સહી.....  
હોદ્દો  
દવાખાના એ.ચા.ની.સહી.....  
હોસ્પિટલ/એમ.ઓ.ની. સહી.....  
(નામ હોદ્દા સાથે)

### અરજદાર ગરીબી રેખના કુટુંબની મહિલા છે એ બાબતની ખાત્રી / પ્રમાણપત્ર

આથી પ્રમાણિત કરવામાં આવે છે, કે અરજદાર શ્રીમતી .....  
..... ઉંમર વર્ષ ..... ગામ..... તાલુકો .....  
જિલ્લો ..... ના રહેવાસી છે. તેની ખરાઈ ..... જિલ્લા ગ્રામ  
વિકાસ એજન્સી / તાલુકા વિકાસ એજન્સી ..... (ગ્રામ્ય વિકસિત માટે) તરફથી ગરીબી  
રેખા નીચેના કુટુંબોના અંગે પ્રાપ્ત થયેલ યાદી ઉપરથી કરી છે.

તેની ખરાઈ સીટી મામલતદાર ..... કચેરી તરફથી ગરીબી રેખા નીચેના કુટુંબોની  
અંગે પ્રાપ્ત થયેલ યાદી ઉપરથી કરી છે.

મે.ઓ. પ્રા.આ.કે.  
તા..... જી.....