



ભાવનગર મહાનગરપાલિકા
આરોગ્ય શાખા
જનની સુરક્ષા યોજના



ગરીબી રેખા નીચેના કુટુંબની મહિલાને "જનની સુરક્ષા યોજના" હેઠળ પ્રસુતિ સેવાઓ મેળવવા માટેનું અરજી પત્રક

પ્રતિશ્રી,
આરોગ્ય અધિકારી,
ભાવનગર મહાનગરપાલિકા,
ભાવનગર.

૧. અરજદાર મહિલાનું પુરુ પુરુ નામ (અટક પ્રથમ લખવી) :
૨. ઉંમર વર્ષ :
૩. જ્ઞાતિ અ.જા. / અ.જ.જા. / બક્ષીપંચ / અન્ય :
૪. પુરુ સરનામું (ફોન નં. હોયતો અવશ્ય લખવો) :
૫. પતિનું પુરુ નામ (અટક પ્રથમ લખવી) :
૬. પતિનો વ્યવસાય :
૭. કુટુંબ ની કુલ વાર્ષિક આવક રૂ. :
૮. હયાત બાળકોની સંખ્યા : પુત્ર..... પુત્રી.....
૯. આ કેટલામી પ્રસુતિ છે :
૧૦. સગભાવસ્થા દરમ્યાન લીધેલ સારવારની વિગત (પ્રસુતિના સમયે તપાસની વિગતો, મમતા કાર્ડ સાથે લઈ જવું) :
૧૧. પ્રસુતિની સંભવિત તારીખ :
૧૨. પરિવાર કલ્યાણની પ્રસુતિ પચ્યાત સેવાઓ : (પદ્ધતિનું નામ લખવું) સેવા હું પ્રસુતિ બાદ સ્વીકારવા ઈચ્છુ છું. / ઈચ્છતી નથી.
૧૩. જનની સુરક્ષા યોજનાના લાભાર્થી તરીકેની લાયકાત : બી.પી.એલ. / અનુ.જાતિ / અનુ.જનજાતિ / અન્ય (પુરાવા જોડવા)
૧૪. ચીરંજીવી યોજના હેઠળ લાભ મળવાપાત્ર છે : હા / ના

ઉપર જણાવેલ સંપૂર્ણ હકીકત અમોએ સમજુપૂર્વક ભરેલ છે અને સાચી છે. આમાની કોઈ વિગત ખોટી ઠરેતો આ યોજના હેઠળ મળેલ સહાય સરકારશ્રી ને પરત કરવા આથી અમો બાંહેધરી આપીએ છીએ. તો મળવાપાત્ર આથી સહાય મંજુર કરવા વિનંતી છે.

સાક્ષીની સહી
તારીખ :

અરજદાર ની સહી :
સ્થળ :

શહેરી પ્રા. આરોગ્ય કેન્દ્ર / આરોગ્ય કાર્યકર / તબીબી અધિકારી નું પ્રમાણપત્ર

આથી પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવે છે કે, અરજદાર શ્રીમતી ઉંમર વર્ષ ગામ / શહેર તાલુકો / વોર્ડ જિલ્લો ના રહેવાસી છે. તેમની આ પ્રથમ / બીજી સુવાવડ છે. તેઓએ આરોગ્ય કેન્દ્ર / હોસ્પિટલ / દવાખાના ખાતે (સંખ્યા) નિયમીત તપાસ કરાવેલ છે. તથા તેમણે ધનુર વીરોધી રસીના પૂરા ડોઝ, આઈએકએ ની ગોળીઓ નિયમીત લીધેલ છે.

તારીખ :
સ્થળ :

મેડીકલ ઓફિસર / આરોગ્ય કાર્યકર :
શહેરી પ્રા. આરોગ્ય કેન્દ્ર (સહી / સિક્કો)

ગરીબી રેખા હેઠળના લાભાર્થી હોવા અંગેનું પ્રમાણપત્ર

આથી પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવે છે કે, અરજદાર શ્રીમતી ઉમર વર્ષ ગામ / શહેર તાલુકો / વોર્ડ જિલ્લો ના રહેવાસી છે અને તેણી અનુ. જાતિ / અનુ. જનજાતિ / ગરીબી રેખા હેઠળના કુટુંબના સભ્ય હોવા અંગેનું સક્ષમ અધિકારીનું પ્રમાણપત્ર ધરાવે છે તેની ખરાઈ બી.પી.એલ. કાર્ડ / બી.પી.એલ. યાદીમાં નામ / યુ.સી.ડી. વિભાગનું પ્રમાણપત્ર / આઈ.સી.ડી.એસ. પ્રમાણપત્ર / જાતિ અંગેના પ્રમાણપત્ર / આવકનાં દાખલા / સ્થાનિક તપાસણી પરથી કરવામાં આવી છે. (યોગ્ય પૂરાવા જોડવા). તેનો બી.પી.એલ. યાદી નંબર છે.

સહી :

તારીખ :

હોદ્દો :

નોંધ : બી.પી.એલ. નો યોગ્ય પૂરાવો ન હોય તેવા કિસ્સામાં ઉપરોક્ત પ્રમાણપત્ર તલાટી કમ મંત્રી / તાલુકા વિકાસ અધિકારી / મામલતદાર / નગરપાલિકાનાં ચીફ ઓફીસર / કોર્પોરેશનના યુ.સી.ડી. વિભાગના વડા / મેડીકલ ઓફીસર ઓફ હેલ્થ / શહેરી બાલ વિકાસ યોજનાનાં ઘટક અધિકારીશ્રી સ્થાનિક તપાસણી કરી આપી શકશે. પૂરાવો હોય તેવા કિસ્સામાં મેડીકલ ઓફીસર ઓફ હેલ્થ / હેલ્થ ઓફીસર / આઈસીડીએસ એમ.ઓ. / શહેરી બાલ વિકાસ યોજનાનાં ઘટક અધિકારીશ્રી / શહેરી આરોગ્ય કેન્દ્ર ના એમ.ઓ. પૂરાવાની ખરાઈ કરી પ્રમાણિત કરી શકશે.

જનની સરક્ષા યોજના સહયોગી ડોક્ટરનું સંસ્થાકીય પ્રસુતિ અંગેનું પ્રમાણપત્ર

પ્રતિશ્રી,
આરોગ્ય અધિકારી,
ભાવનગર મહાનગરપાલિકા,
ભાવનગર.

આથી પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવે છે કે, અરજદાર શ્રીમતી ઉમર વર્ષ ગામ / શહેર તાલુકો / વોર્ડ જિલ્લો ના રહેવાસી છે. તેમની આ (ક્રમ) સુવાવડ છે, અમારી હોસ્પિટલ ખાતે તા. ના રોજ પ્રસુતી માટે દાખલ થયેલ હતા. તેણીની પ્રસુતી તારીખના રોજ અમારી સંસ્થા ખાતે થયેલ છે. જેની વિગત આ મુજબ છે.

- | | |
|----------------------|---|
| (૧) પ્રસુતિ પરીણામ | : જીવીત / મૃત જન્મ |
| (૨) જાતિ | : સ્ત્રી / પુરુષ |
| (૩) વજન | : kg |
| (૪) પ્રસુતિનો પ્રકાર | : નોર્મલ / સીજેરીયન / અન્ય કોમ્પ્લીકેશન |

તારીખ :

ડોક્ટરની સહી :

સ્થળ :

હોસ્પિટલનું નામ (સહી / સિક્કો) :

જનની સુરક્ષા યોજના હેઠળ લાભાર્થી ને નાણા મળ્યા અંગેની પહોંચ

પ્રતિશ્રી,
આરોગ્ય અધિકારી,
ભાવનગર મહાનગરપાલિકા,
ભાવનગર.

આથી હું નીચે સહી કરનાર શ્રીમતી ઉંમર વર્ષ
ગામ / શહેર તાલુકો / વોર્ડ જિલ્લો ના રહેવાસી છું. તારીખ
..... નાં રોજ મારી કમ પ્રસુતિ માટે હોસ્પિટલ વિસ્તાર
ખાતે દાખલ થયેલ હતી. મારી પ્રસુતી સામાન્ય / સીઝેરીયન ઓપરેશન / અન્ય રીતે થયેલ છે. મને શહેરી આરોગ્ય
કેન્દ્ર તરફથી જનની સુરક્ષા યોજના હેઠળ પ્રસુતિ સહાયના રૂ/- અને વાહન ભાડાના રૂ/- મળી કુલ
..... અંકે રૂપિયા પુરા રોકડા મળેલ છે. જેની ખાત્રી બદલ આ પહોંચ લખી આપુ છું. અને બાંહેધરી આપુ છું
કે સદરહુ મળવાપાત્ર સહાય ગુજરાત રાજ્ય સરકારની અન્ય કોઈ સંસ્થામાંથી લીધેલ નથી.

સાક્ષીની સહી :
તારીખ :

લાભાર્થીની સહી :
સ્થળ :

મેડિકલ ઓફિસર
શહેર પ્રા. આરોગ્ય કેન્દ્ર (સહી/સિક્કો)