

વિના મૂલ્યે



કમિશ્નર, મહિલા અને બાળ વિકાસની કચેરી,  
ગુજરાત રાજ્ય, ગાંધીનગર.  
"લાભાર્થી દિકરી યોજના"  
અરજી પત્રક.

લાભાર્થી દિકરીનો  
તાલેતરનો  
પાસપોર્ટ સાઈઝનો  
ફોટો

પ્રતિ,  
મહિલા અને બાળ અધિકારીશ્રી,  
.....જિલ્લો,  
.....

અરજી કર્વાની તારીખ : .....

હું નીચે સહી કરનાર .....આથી  
મહિલા અને બાળ વિકાસ વિભાગની "લાભાર્થી દિકરી યોજના" હેઠળ આર્થિક સહાય મેળવવા માટે અરજી  
કરું છું અને તે સંબંધમાં નીચેની વિગતો જણાવું છું. જે મારી જાણ મુજબ સંપૂર્ણ સાચી છે.

૧. લાભાર્થી દિકરીનું નામ.....  
પિતાનું નામ.....  
માતાનું નામ.....
૨. લાભાર્થી દિકરીની ઉંમર વર્ષ : ..... જન્મ તારીખ : .....
૩. પાકુ સરનામું - ઘર નંબર ..... શેરી.....  
વોર્ડ નં..... ગ્રામ..... તાલુકો .....
- જિલ્લો..... પોસ્ટ ઓફિસ: ..... પીનકોડ નંબર .....
૪. મોબાઈલ નંબર:..... લેન્ડલાઈન નંબર .....
૫. લાભાર્થી દિકરીના માતા-પિતા ગુજરાત રાજ્યમાં ક્યારથી વસવાટ કરે છે ? કાયમી/.....વર્ષથી
૬. લાભાર્થી દિકરીના માતા અને પિતાની સંયુક્ત વાર્ષિક આવક રૂ.....  
(લાભાર્થી દિકરીના માતા અને પિતાની સંયુક્ત વાર્ષિક આવક ગણવાની સ્કેલો.)
૭. જ્ઞાતિ..... અનુ.જાતિ/અનુ.જનજાતિ/સા.શી.પ.વ./આર્થિક રીતે પછાત/નબખા/અન્ય  
(ભાગ્ય ન પડતુ હોય તે ચેકી નાખવું.)
૮. લાભાર્થી દિકરીના પિતાનો આધાર નંબર .....
૯. લાભાર્થી દિકરીની માતાનો આધાર નંબર .....
૧૦. લાભાર્થી દિકરીનો આધાર કાર્ડ નંબર (જો હોય તો) .....

૧૧. કુટુંબના સાથોની વિગત :-

ક્રમ	નામ	અરજદાર સાથેનો સંબંધ	અભ્યાસ	જન્મ તારીખ	ઉંમર
૧	૨	૩	૪	૫	૬
૧					
૨					
૩					
૪					
૫					

એકરારનામું

આથી અમો નીચે સહી કરનાર મારા પર્ય પ્રમાણે સોગંદ લઈ એકરાર કરીએ છીએ કે, ઉપરોક્ત લેખીત સંપુર્ણ સત્ય છે અને તેમાં કોઈ ફેરફાર ભવિષ્યમાં થશે તો તેની જાણ કરવા બંધાઈ છું. ખોટું એકરારનામું કરવું તે જોજદારી ગુનો બને છે તેની સમજ મને છે.

2/4

સ્થાન.....

પતિની સહી .....

તારીખ .....

પત્નીની સહી .....

અરજી સાથે નીચેના પુરાવા રજૂ કરવાના રહેશે (ચેક લીસ્ટ)

- (૧) લાભાર્થી દિકરીના માતા-પિતાની સંબુક્ત આવક અંગેનો ચીફ ઓફીસર / માપલતદાર / તાલુકા વિકાસ અધિકારી પૈકી કોઈપણ એકનો દાખલો.
- (૨) લાભાર્થી દિકરીના માતા-પિતાની ઉંમર અંગે શાખા હોડ્યાનું પ્રમાણપત્ર / જન્મનો દાખલો   
(અન્ય કોઈ આધારભુત પુરાવો ન હોય તો PHC / CHC / સિવિલ સર્જન પૈકિના કોઈપણ એક સરકારી દાકતરી પ્રમાણપત્ર / સર્ટીફિકેટ)
- (૩) લાભાર્થી દિકરીના માતા-પિતાના લગ્નનું સર્ટીફિકેટ
- (૪) લાભાર્થી દિકરીના માતાના આધાર કાર્ડની નકલ
- (૫) લાભાર્થી દિકરીના પિતાના આધાર કાર્ડની નકલ
- (૬) અરજદારના રેશનકાર્ડની નકલ
- (૭) લાભાર્થી દિકરીનો આધાર કાર્ડ નંબર (જો હોય તો)
- (૮) લાભાર્થી દિકરીના જન્મના પ્રમાણપત્રની નકલ

વહાલી દિકરી યોજના

ઠરાવ ક્રમાંક:મસક/૧૩૨૦૧૯/૧૧૮૧/અ(પા.કા.) નું બિડાણ

અનુસૂચિ

સ્વ ઘોષણા (Self-Declaration) નો નમુનો

આથી હું નીચે સહી કરનાર (પુરું નામ) .....ઉ.વ.  
.....જિલ્લાના.....તાલુકાના.....ગામશહેરના રહેવાસી  
આથી જાહેર કરું છું કે મારા દ્વારા આપવામાં આવેલ માહિતી અને અરજી અનુસંધાને જોડેલ  
દસ્તાવેજ મારી જાણ અને માન્યતા મુજબ સાચા છે. અને તેમાં કોઈ બાબત છુપાયેલ નથી.  
હું એ જાણું છું કે, ખોટી માહિતી કે દસ્તાવેજ રજુ કરવા એ કાયદા હેઠળ શિક્ષાને પાત્ર છે.  
અને આવા સંજોગોમાં ખોટી માહિતી કે દસ્તાવેજના આધારે મને મળેલ લાભ રદ થવા  
પાત્ર છે.

સહી.....

પુરું નામ.....

આધાર કાર્ડ/ઓળખના પુરાવાનો નંબર.....

"વ્હલી ટિકરી યોજના"

"આધાર" નાં ઉપયોગ હેતુ સહમતિ ફોર્મ

હું/અમે નીચે સહી કરનારનાં આધાર કાર્ડ નંબર અને મોબાઈલ નંબર નીચે જણાવ્યા મુજબ છે.

અનુ.ક્ર	નામ	આધાર નંબર	મોબાઈલ નંબર
૧			
૨			

હું / અમે, મારી/અમારી ઓળખ પ્રસ્થાપિત કરવા માટે મારો/અમારો આધાર નંબર અને મોબાઈલ નંબરનો ઉપયોગ "વ્હલી ટિકરી યોજના" નાં અમલીકરણ વિભાગ મહિલા અને બાળ વિકાસ વિભાગ, ગુજરાત સરકારને કરવા સંમતિ આપું છું/આપીએ છીએ.

સહી / અંગૂઠાનું નિશાન

૧. \_\_\_\_\_

૨. \_\_\_\_\_

તારીખ : \_\_\_\_\_

સ્થળ : \_\_\_\_\_