

વિના મૂલ્ય



કર્મશિલ, મહિલા અને બાળ વિકાસની કચેરી,  
ગુજરાત રાજ્ય, ગાંધીનગર.  
“લાભાર્થી દિકરી યોજના”  
અરજી પત્રક.

લાભાર્થી દિકરીનો  
તાજેતરનો  
પાસપોર્ટ સાઈઝનો  
ફોટો

પ્રતિ, અરજી કર્યાની તારીખ : .....

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

.....આચી  
હું નીચે સહી કરનાર .....  
મહિલા અને બાળ વિકાસ વિભાગની “લાભાર્થી દિકરી યોજના” હેઠળ આર્થિક સહય મેળવવા માટે અરજી  
કરું છું અને તે સંબંધમાં નીચેની વિગતો જરાવું છું. જે મારી જાણ મુજબ સંપૂર્ણ સાચી છે.

૧. લાભાર્થી દિકરીનું નામ.....  
પિતાનું નામ.....  
માતાનું નામ.....
૨. લાભાર્થી દિકરીની ઊંઘર વર્ષ : ..... જન્મ તારીખ : .....
૩. પાકુ સરનામું - ઘર નંબર ..... શેરી.....  
વોડ નં..... ગામ..... તાલુકો .....
૪. મોબાઇલ નંબર:..... લેન્ડલાઇન 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 રહેશે.)
૭. જાતિ..... અનુ.જાતિ/અનુ.જનજાતિ/સા.શૈ.પ.વ./આર્થિક રીતે પણત/નબળા/અન્ય  
(લાગુ ન પડતુ હોય તે ચેકી નાખવું.)
૮. લાભાર્થી દિકરીના પિતાનો આધાર નંબર .....
૯. લાભાર્થી દિકરીની માતાનો આધાર નંબર .....
૧૦. લાભાર્થી દિકરીનો આધાર કર્ડ નંબર (જો હોય તો) .....

૧૧. કુટુંબના સભ્યોની 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 ધર્મ પ્રમાણે સોગંદ લઈ એકરાર કરીએ છીએ કે,  
ઉપરોક્ત હકીકત સંપૂર્ણ સત્ય છે અને તેમાં કોઈ ફેરફાર ભવિષ્યમાં થશે તો તેની જાણ કરવા બંધાઉ  
છું. ખોટું એકરારનામું કરવું તે ફોજદારી ગુનો બને છે તેની સમજ મને છે.

સ્થળ ..... પતિની સહી .....

તારીખ ..... પત્નીની સહી .....

અરજુ સાથે નીચેના પુરાવા રજુ કરવાના રહેશે (ચેક લિસ્ટ)

- (૧) લાભાર્થી દિકરીના માતા-પિતાની સંયુક્ત આવક અંગોનો ચીફ ઓફિસર / મામલતદાર /   
તાલુકા વિકાસ અધિકારી પૈકી કોઈપણ એકનો દાખલો.
- (૨) લાભાર્થી દિકરીના માતા-પિતાની ઉમર અંગે શાળા છોડચાનું પ્રમાણપત્ર / જન્મનો દાખલો   
(અન્ય કોઈ આધારભૂત પુરાવો ન હોય તો PHC / CHC / સિવીલ સર્જન પેન્ડિના કોઈપણ એક  
સરકારી દાકતરી પ્રમાણપત્ર / સરીફીકેટ)
- (૩) લાભાર્થી દિકરીના માતા-પિતાના લગ્નનું સરીફીકેટ
- (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

## “છાલી દિકરી યોજના” નું સોગંદનામું

આથી અમો નીચે સહી કરનાર (પલિનું નામ) .....  
ઉંમર વર્ષ ..... (પતિનું નામ) .....

ઉંમર વર્ષ ..... ધર્મ ..... રહેવાસી ગામ.....

તાલુકો ..... જિલ્લો ..... અમો અમારા ધર્મના સોગંદ લઈ  
પ્રતિજ્ઞાપૂર્વક આ એફીડેવીટ કરી જાહેર કરીએ છીએ કે.

(૧) અમો પતિ / પલિ બને મૂળ ગુજરાત રાજ્યના વતની છીએ.

(૨) અમારા પોતાના જ્યાત બાળકોની વિગત નીચે મુજબ છે.

સંતાનનો ક્રમ	નામ	જાતિ (પુરુષ/સ્ત્રી)	જન્મ તારીખ	ઉંમર વર્ષ
પ્રથમ				
દ્વિત્ય				
તૃત્ય				

(૩) અપો દંપતીની ખેતી / નોકરી / સ્વતંત્ર વ્યવસાય વગેરે તમામ સાધનોમાંથી મળતી વાર્ષિક આવક  
નીચેની વિગતોએ છે.

ક્રમ	પતિ/પલિ	નામ	વ્યવસાય	કુલ વાર્ષિક આવક
૧	પતિ			
૨	પલિ			
કુલ આવક				

(૪) સરકારશ્રીના નિયમ અનુસાર લાભાર્થીનાં માતા-પિતાના લગ્નનો આધાર પુરાવો આ સાચે સામેલ છે.

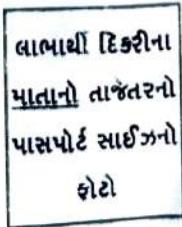
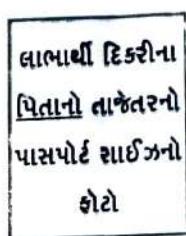
આ સોગંદનામું અમોએ “છાલી દિકરી યોજના” નો લાલ મેળવવા માટે કરેલ છે.  
ઉપરોક્ત સોગંદનામું અમારા લખાવ્યા મુજબ બરાબર અને સાચું છે. ખોટું સોગંદનામું કરવું તે  
શોજદારી ગુનો બને છે. તેની સમજ અમોને આપવામાં આવી છે. જે બદલ અમો નીચે સહી  
કરીએ છીએ.

સ્થળ.....

પતિની સહી.....

તારીખ.....

પલિની સહી.....



“છાલી દિકરી યોજના”

“આધાર” નાં ઉપયોગ હેતુ સહમતિ કોર્મ

છું/અમે નીચે સહી કરનારનાં આધાર કાર્ડ નંબર અને મોબાઇલ નંબર નીચે જણાવ્યા મુજબ છે.

અનુ.ક્ર	નામ	આધાર નંબર	મોબાઇલ નંબર
૧			
૨			

હું / અમે, મારી/અમારી ઓળખ પ્રસ્થાપિત કરવા માટે મારો/અમારો આધાર નંબર અને મોબાઇલ નંબરનો ઉપયોગ “છાલી દિકરી યોજના” નાં અમલીકરણ વિભાગ મહિલા અને બાળ વિકસ વિભાગ, ગુજરાત સરકારને કરવા સંમતિ આપું છું/આપીએ છીએ.

સહી / અંગુહાનું નિશાન

૧. \_\_\_\_\_

૨. \_\_\_\_\_

તારીખ : \_\_\_\_\_

સ્થળ : \_\_\_\_\_