



# રાજકોટ મહાનગરપાલિકા

## આરોગ્ય શાખા

ગરીબી રેખા હેઠળના કુટુંબના નવજાત શિશુને

## બાલસખા યોજના — ૧

હેઠળ મળવાપાત્ર આરોગ્ય સેવાઓ માટેનું અરજી પત્રક



ગરીબી રેખા નીચેના કુટુંબના નવજાત શિશુને "બાલસખા યોજના" હેઠળ મળવાપાત્ર સેવાઓ મેળવવા માટેનું અરજી પત્રક

પ્રતિશ્રી,  
આરોગ્ય અધિકારી  
રાજકોટ મહાનગરપાલિકા,  
રાજકોટ

૧. નવજાત શિશુના માતાનું પુરું નામ (અટક પ્રથમ લખવી) : .....
૨. નવજાત શિશુના પિતાનું પુરું નામ (અટક પ્રથમ લખવી) : .....
૩. નવજાત શિશુના પિતાનું પુરુંપુરું સરનામું : .....
૪. પિતાનો વ્યવસાય : .....
૫. કુટુંબની કુલ વાર્ષિક આવક રૂ. : .....
૬. અ. જ. જા. ના સભ્ય છે
૭. શું આવકવેરા ભરે છે
૮. હયાત બાળકોની સંખ્યા : પુત્ર ..... પુત્રી .....

### લાભાર્થી નવજાત બાળક ની વિગત

૧. નવજાત શિશુનું પુરું નામ (અટક પ્રથમ લખવી) : .....
૨. જાતિ(સ્ત્રી / પુરુષ) : .....
૩. જન્મ તારીખ / ઉંમર : ..... ૪. જન્મ સ્થળ : .....

ઉપર જણાવેલ સંપૂર્ણ હકીકત અમોએ સમજપુર્વક ભરેલ છે અને સાચી છે. આમાની કોઈ વિગત ખોટી ઠરે તો આ યોજના હેઠળ મળેલ સહાય સરકારશ્રીને પરત કરવા આથી અમો બાંહેધરી આપીએ છીએ. તો મળવાપાત્ર આર્થિક સહાય મંજૂર કરવા વિનંતી છે.

સાક્ષીની સહી/—  
તારીખ :

અરજદારની સહી/—

સ્થળ :

## ગરીબી રેખા હેઠળના લાભાર્થી હોવા અંગેનું પ્રમાણપત્ર

આથી પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવે છે કે, અરજદાર શ્રીમતી .....  
ઉંમર વર્ષ .....ગામ .....તાલુકો.....જિલ્લો .....ના રહેવાસી છે અને તેણી ગરીબી રેખા હેઠળના કુટુંબના સભ્ય છે.  
તેનો બી. પી. એલ. યાદી નંબર ..... છે.

સહી/—: .....

હોદ્દો: .....

ઉપરોક્ત પ્રમાણપત્ર સીટી મામલતદાર/શહેરી બાલ વિકાસ યોજનાના ઘટક અધિકારીશ્રી ની સહીથી આપવું. બી. પી.એલ. યાદીમાં નામ ન હોય તેવા કિસ્સામાં સ્થાનિક તપાસણી કરી ઉપરોક્ત અધિકારીઓ આ પ્રમાણપત્ર આપી શકશે.

**(નોંધ :- પાના નં. ૧ ની વિગત મહાનગરપાલિકાના આર.સી.એચ. કેન્દ્ર મારફત જ ભરવી.)**

પ્રતિ,  
આરોગ્ય અધિકારી  
રાજકોટ મહાનગરપાલિકા  
રાજકોટ

આથી હું શ્રીમતી .....ગામ .....તાલુકો.....જિલ્લો  
..... આ પ્રમાણિત કરુ છું કે અમારા નવજાત શિશુનો જન્મ ..... હોસ્પિટલ ખાતે  
તા..... ના રોજ થયેલ હતો . જન્મ બાદ પ્રસુતા માતા શ્રીમતી .....ને ૪૮ કલાક દાખલ રાખીને  
સ્ત્રી રોગ નિષ્ણાંત શ્રી .....એ સારવાર કરેલ તેમજ નવજાત શિશુને બાળરોગ નિષ્ણાંત શ્રી  
..... એ તપ્પાસીને સલાહ /સારવાર આપેલ હતા જે બાબતથી અમોને સંતોષ છે.

વધુમાં આ હોસ્પિટલો કે તેમના ડોક્ટર તરફથી અમારી પાસેથી આ પ્રસુતી સંબંધીત કોઈપણ પ્રકારની સેવાઓ તેમજ દવા માટે ફી વસુલ કરેલ નથી.

સાક્ષીની સહી  
તારીખ :  
સ્થળ :

લાભાથી ની સહી

## વાહન ભાડા પહોંચ

(રૂ. ૧૦૦/- ની મયાદામાં સ્ત્રીરોગ નિષ્ણાંત દ્વારા ચુકવેલ)

આથી હું શ્રીમતી ..... ગામ .....તાલુકો.....જિલ્લો  
.....આ પરથી લખી આપું છું કે અમારા નવજાત શિશુનો જન્મ તા.....ના રોજ ..... હોસ્પિટલ  
ખાતે થયેલ જ્યાં બાળરોગ નિષ્ણાંત ..... સલાહ મુજબ તેને વધુ સારવાર માટે બાળરોગ નિષ્ણાંત શ્રી  
..... ના દવાખાને લઈ ગયેલ તે સમયે ૧૦૮ એમ્યુલનસ ઉપલબ્ધ ન હોય અન્ય વાહનમાં લઈ જવાના  
વાહનભાડા પેટે રૂ..... /- (અંકે રૂપિયા .....)સ્ત્રીરોગ નિષ્ણાંત શ્રી ..... મળેલ  
છે. જે બદલ આ પહોંચ લખી આપું છું.

સાક્ષીની સહી  
તારીખ :

સ્થળ :

લાભાથી ની સહી

## બાળરોગ નિષ્ણાંતનું બીલ

પ્રતિ,  
આરોગ્ય અધિકારી  
રાજકોટ મહાનગરપાલિકા  
રાજકોટ

આથી પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવે છે કે, અરજદારશ્રીમતી .....  
ઉંમર વર્ષ ..... ગામ .....તાલુકો.....જિલ્લો .....ની .....હોસ્પિટલ ખાતે પ્રસુતી થતા જીવીત  
જન્મ થયેલ આ નવજાત શિશુને પ્રથમ ૪૮ કલાક દરમિયાન બે વાર તપ્પાસીને અમારી હોસ્પિટલમાં દાખલ રાખીને સારવાર આપેલ  
હતી.આ પેટે સરકારશ્રી ના નિયમ મુજબ મળવા પા રૂ.૨૦૦૦/- અને ઉપરોક્ત સામેલ પાવતી મુજબ વાલીને વાહન ભાડાની રકમ રૂ  
..... મળીને કુલ રૂ..... /- (અંકે રૂપિયા .....) નુ ચુકવણુ થઈ આવવા વિનંતી છે.

તારીખ :-  
સ્થળ:-

બાળરોગ નિષ્ણાંત ની સહી અને સિક્કો :-  
હોસ્પિટલનું નામ:-