



રાજકોટ મહાનગરપાલિકા

આરોગ્ય શાખા

ચિરજીવી યોજના



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

પ્રતિશ્રી,
આરોગ્ય અધિકારી
રાજકોટ મહાનગરપાલિકા,
રાજકોટ.

૧. અરજદાર મહિલાનું પુરુંપુરું નામ (અટક પ્રથમ લખવી) :
૨. ઉંમર વર્ષ :
૩. જ્ઞાતિ અ.જા./અ.જ.જાતિ/બક્ષી પય/અન્ય :
૪. પુરું સરનામું :
૫. પતિનું પુરું નામ :
૬. પતિનો વ્યવસાય :
૭. કુટુંબની કુલ વાર્ષિક આવક રૂ. :
૮. હયાત બાળકોની સંખ્યા :
૯. આ કેટલામી પ્રસુતી છે. :
૧૦. સગર્ભાવસ્થા દરમ્યાન જે આર.સી.એચ.કેન્દ્ર/દવાખાના/સ્ત્રી આરોગ્ય કાર્યકરની સારવાર લીધેલ હોય તેની વિગત :
૧૧. પ્રસુતીની સભવિત તારીખ :
૧૨. પરિવાર કલ્યાણની પ્રસુતી પ્રશ્વાત સેવાઓ :સેવા હું પ્રસુતી બાદ સ્વીકારવા ઇચ્છુ છું / ઇચ્છતી નથી (પ.ક. પધ્ધતિનું નામ લખવું)
૧૩. બી.પી.એલ.ની યાદી નંબર :

ઉપર જણાવેલ સંપૂર્ણ હકીકત અમોએ સમજપૂર્વક ભરેલ છે અને સાચી છે. આમાની કોઈ વિગત ખોટી ઠરે તો આ યોજના હેઠળ મળેલ સહાય સરકારશ્રીન પરત કરવા આથી અમો બાહેધરી આપીએ છીએ. તો મળવાપાત્ર આર્થિક સહાય મજૂર કરવા વિનતી છે.

સાક્ષીની સહી
તારીખ:

સ્થળ:

અરજદારની સહી

ગરીબી રેખા હેઠળના લાભાર્થી હોવા અંગેનું પ્રમાણપત્ર

આથી પ્રમાણપત્ર આપવામા આવે છે કે, અરજદાર શ્રીમતી
ઉંમર વર્ષ રાજકોટ મહાનગરપાલિકા વિસ્તારના રહેવાસી છે અને તેણી ગરીબી રેખા હેઠળના કુટુંબના સભ્ય છે. તેનો બી.પી.એલ.યાદી નંબર છે.

તેમને બી.પી.એલ.યાદીમા નથી. પરંતુ તેઓના આવકના દાખલા મુજબ તેઓ ગરીબી રેખા હેઠળના કુટુંબમા આવે છે./ તેમનું આગણવાડીમા રજીસ્ટ્રેશન અનુક્રમ નં. પર થયેલ છે. તેથી તેમને આ ચિરજીવી યોજનાનો લાભ મળવાપાત્ર છે.

સગર્ભા નોંધણી ક્રમાંક :

સ્ત્રી આરોગ્ય કાર્યકરની સહી

સ્થળ :

મેડીકલ ઓફીસરશ્રીની સહી

..... હેલ્થ સેન્ટર

ઉપરોક્ત પ્રમાણપત્ર સીટી મામલતદારની સહીથી આપવું. બી.પી.એલ. યાદીમા નામ ન હોય તેવા કિસ્સામા સ્થાનિક તપાસણી કરી ઉપરોક્ત અધિકારીઓ આ પ્રમાણપત્ર આપી શકશે.

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

પ્રતિ,
આરોગ્ય અધિકારી
રાજકોટ મહાનગરપાલિકા
રાજકોટ

આથી હું શ્રીમતી ઉમર વર્ષ
રાજકોટની હોસ્પિટલ ખાતે તા..... ના રોજ પ્રસુતી માટે દાખલ
થયેલ હતી. અમો ગરીબી રેખા હોઠળના " ચિરજીવી યોજના " ના લાયક લાભાર્થી છીએ. આ હોસ્પિટલ ખાતે તા.....
ના રોજ અમારી પ્રસુતી થયેલ છે. અમોને આ પ્રસુતીથી સ્ત્રી / પુરૂષ બાળક જન્મ / મૃત જન્મ થયેલ છે.

આ હોસ્પિટલ કે તેમના ડોક્ટર તરફથી અમારી પાસેથી આ પ્રસુતી સબધીત કોઈપણ પ્રકારની સેવાઓ તેમજ દવા માટે ફી
વસુલ કરેલ નથી.

સાક્ષીની સહી

તારીખ :

સ્થળ :

લાભાર્થીની સહી

વાહન ભાડા પહોંચ

પ્રતિ,
ડો.
.....

હું શ્રીમતી ઉમર વર્ષ રાજકોટ
મહાનગરપાલિકા વિસ્તારના રહેવાસી તા..... ના રોજ મારી (ક્રમ) પ્રસુતી માટે
..... હોસ્પિટલ / ડિસ્પેન્સરી રાજકોટ ખાતે દાખલ થયેલ હતી મને ડો.
..... તરફથી જનની સુરક્ષા યોજના / ચિરજીવી યોજના હેઠળ વાહન ભાડાના રૂ. ૧૦૦/- (અંકે
રૂપિયા એક સો પુરા) રોકડા મળેલ છે. જે બદલ આ પહોંચ લખી આપુ છું.

સાક્ષીની સહી

તારીખ :

સ્થળ :

લાભાર્થીની સહી

નોંધ : જે લાભાર્થીની ઉમર ૧૮ વર્ષથી ઓછી હોય અને / અથવા એકથી વધુ જીવીત બાળકો હોઈ તેમનો ખર્ચ સરકારની " ચિરજીવી
યોજના" હેઠળ પાડવાનો રહેશે. તે સિવાયના લાભાર્થીનો ખર્ચ જનની સુરક્ષા યોજના હેઠળ પાડવાનો રહેશે.

ચિરંજીવી યોજના સહયોગી ડોક્ટર

પ્રતિ,
આરોગ્ય અધિકારી
રાજકોટ મહાનગરપાલિકા
રાજકોટ

આથી પ્રમાણપત્ર આપવામા આવે છે કે, અરજદારશ્રીમતી
ઉમર વર્ષ રાજકોટ મહાનગરપાલિકા વિસ્તારના રહેવાસી છે તેમની આ સુવાવડ છે, અમારી
હોસ્પિટલ ખાતે તા..... ના રોજ પ્રસુતી માટે દાખલ થયેલ હતા. તેણીની પ્રસુતી તારીખના રોજ
અમારી સસ્થા ખાતે થયેલ છે. તેણીએ પ્રસુતી દરમ્યાન પુરૂષ / સ્ત્રી, જીવીત / મૃત બાળકને જન્મ આપેલ છે.

અમોએ તેણીને વાહન ભાડા પેટે રૂ.૧૦૦/- નુ ચુકવણુ કરેલ છે. જેની પહોંચ તથા લાભાર્થી તરફથી અમારા દ્વારા પ્રસુતી
સેવાઓ પુરી પાડવા અગેનુ પ્રમાણ પત્ર આ સાથે સામેલ છે. જે ધ્યાને લઈને અમોને રૂપિયા નુ ચુકવણુ થઈ આવવા
વિનતી છે.

અમોએ આ દર્દીને પુરી પાડવામા આવેલ સેવાઓ પેટે કોઈપણ પ્રકારના ચાર્જ દર્દી પાસેથી લીધેલ નથી.

તારીખ :-

સ્થળ :-

ડોક્ટરની સહી :-

હોસ્પિટલનુ નામ:-