



રાજકોટ મહાનગરપાલિકા આરોગ્ય શાખા કસ્તુરબા પોષણ સહાય યોજના



ગરીબી રેખા નીચેના કુટુંબની મહિલાને કસ્તુરબા પોષણ સહાય યોજના હેઠળ પ્રસુતિ સેવાઓ મેળવવા માટેનું અરજી પત્રક

પ્રતિશ્રી,
આરોગ્ય અધિકારી
રાજકોટ મહાનગરપાલિકા,
રાજકોટ

૧. અરજદાર મહિલાનું પુરેપુરું નામ (અટક પ્રથમ લખવી) :
૨. ઉંમર વર્ષ :
૩. જ્ઞાતિ અ.જા./અ.જ.જાતિ / બક્ષીપંચ / અન્ય :
૪. બી.પી.એલ. નંબર :
૫. પુરૂ સરનામું :
૬. પતિનું પુરૂ નામ :
૭. પતિનો વ્યવસાય :
૮. કુટુંબની કુલ વાર્ષિક આવક રૂ. :
૯. હયાત બાળકોની સંખ્યા :
૧૦. આ કેટલામી પ્રસુતી છે :
૧૧. સગર્ભાવસ્થા દરમ્યાન જે અર્બન હેલ્થ સેન્ટરમાં/સરકારી દવાખાનામાં/ સ્ત્રી આરોગ્ય કાર્યકરની સારવાર લીધેલ હોય તેની વિગત :
૧૨. પ્રસુતીની સંભવિત તારીખ :
૧૩. કસ્તુરબા પોષણ સહાય યોજનાના લાભાર્થી તરીકેની લાયકાત :

ઉપર જણાવેલ સંપૂર્ણ હકીકત અમોએ સમજપૂર્વક 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 આર્થીક સહાય મંજૂર કરવા વિનંતી છે.

સાક્ષીની સહી

અરજદારની સહી/જમણા હાથના અંગુઠાનું નિશાન

તારીખ :

સ્થળ :

ગરીબી રેખા હેઠળના લાભાર્થી હોવા અંગેનું પ્રમાણપત્ર

આથી પ્રમાણપત્ર આપવામાં 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.

સગર્ભા નોંધણી ક્રમાંક:

અર્બન આશાની સહી

સ્થળ:

મેડીકલ ઓફીસરશ્રીની સહી

..... અર્બન હેલ્થ સેન્ટર

પત્રક - ૫
તબક્કાવાર નાણાં મળ્યાની પહોંચ
કસ્તુરબા પોષણ સહાય યોજના
પ્રા.આ.કેન્દ્ર/શહેરી વિસ્તાર/આરોગ્ય કાર્યકર/તબીબી અધિકારીનું પ્રમાણપત્ર

આથી પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવે છે કે, અરજદાર શ્રીમતી
 ગામ તલુકો..... જિલ્લો..... ના રહેવાસી છે. તેમની સુવાવડની સંભવિત
 તારીખ છે. તેઓએ..... પેટાકેન્દ્ર/શહેરી વિસ્તાર/આરોગ્ય કાર્યકર
 દવાખાના ખાતે નોંધણી કરાવેલ છે. જેમને નીચે મુજબની પ્રથમ / બીજા / ત્રીજા તબક્કાની શરતો પૂર્ણ કરેલ છે.

૧. પ્રથમ તબક્કો : તેણીની સગર્ભા માતા તરીકેની વહેલી નોંધણી તારીખ...../...../.....નાં રોજ કરવામાં આવેલ છે. જેની નોંધણી સબ સેન્ટર / આંગણવાડી કેન્દ્રનાં ૪ અને ૫ રજીસ્ટરમાં પાના નં..... પર કરવામાં આવેલ છે. તેમની એલ.એમ.પી.ની તારીખ/...../..... છે. જે બદલ પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવે છે.
૧. બીજો તબક્કો : તેણીની તારીખ...../...../.....નાં રોજ સામાન્ય / સિજિરીયન / અન્ય રીતે પ્રસુતિ થયેલ છે. તેણીએ પ્રસુતિ સરકારી દવાખાના અથવા ચિરંજીવી યોજના દરમ્યાન પુરૂષ / સ્ત્રી, જીવીત / મૃત બાળકને જન્મ આપેલ છે, જે બદલ પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવે છે.
૧. ત્રીજો તબક્કો : તેણીનાં પુત્ર / પુત્રી નું ૯ થી ૧૨ મહિના સુધીનું ઓરીની રસી સાથે વિટામીન-એ નું સંપૂર્ણ રસીકરણ સરકારી તંત્ર અથવા સરકાર માન્ય દવાખાનામાં થયેલ છે. જેની નોંધણી સબ સેન્ટર / આંગણવાડી કેન્દ્રનાં ૪ અને ૫ રજીસ્ટરમાં પાના નં..... પર તથા મમતા કાર્ડમાં કરવામાં આવેલ છે. જે બદલ પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવે છે.

આથી હું શ્રીમતી રાજકોટ મહાનગરપાલિકા વિસ્તારની
 હોસ્પિટલ ખાતે તા..... ના રોજ પ્રસુતી માટે દાખલ થયેલ હતી. અમો ગરીબી
 રેખા હોઠળના " ચિરંજીવી 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 સંબંધીત કોઈપણ પ્રકારની સેવાઓ તેમજ દવા માટે ફી વસુલ કરેલ
 નથી.

તારીખ :
 સ્થળ :

ફીમેલ હેલ્થ વકરનું નામ :
 ફીમેલ હેલ્થ વકરની સહી : મેડીકલ ઓફીસરની સહી / સિક્કો

કસ્તુરબા પોષણ સહાય યોજના
તબક્કાવાર નાણાં મળ્યાની પહોંચ(ફીમેલ હેલ્થ વકરે ભરવું)

પ્રતિ,
 ડો.

હું શ્રીમતી ગામ
 તલુકો..... જિલ્લો..... ના રહેવાસી છું. તા ના રોજ સગર્ભા માટે મેળવેલ
 પ્રથમ / બીજો / તૃતીય નાણાંકીય સહાય માટે રૂા. /- (અંકે રૂપિયા :
) ચેક નેબર :
 તારીખ...../...../..... આપના તરફથી આજ રોજ તારીખ...../...../..... નાં રોજ મળેલ છે. જે બદલ આ પહોંચ લખી
 આપું છું.

સાક્ષીની સહી
 લાભાર્થી ની સહી
 તારીખ :
 સ્થળ :