



# કમિશ્નર, મહિલા અને બાળ વિકાસ

## ગુજરાત રાજ્ય, ગાંધીનગર

### “લાભાર્થી દિકરી યોજના”

#### અરજી પત્રક

લાભાર્થી દિકરીનો  
તાજેતરનો  
પાસપોર્ટ સાઈઝનો  
ફોટો

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

અરજી કર્યાની તારીખ : .....

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

- લાભાર્થી દિકરીનું નામ .....  
પિતાનું નામ ..... માતાનું નામ .....
- લાભાર્થી દિકરીની ઉંમર વર્ષ : ..... જન્મ તારીખ : .....
- પાકુ સરનામું :- ઘર નંબર .....શેરી : ..... વોર્ડ નં .....  
ગામ .....તાલુકો ..... જિલ્લો.....  
પોસ્ટ ઓફીસ : ..... પીનકોડ નંબર .....
- મોબાઇલ નંબર : ..... લેન્ડલાઇન નંબર .....
- લાભાર્થી દિકરીના માતા-પિતા ગુજરાત રાજ્યમાં ક્યારથી વસવાટ કરે છે ? - કાયમી/.....
- લાભાર્થી દિકરીના માતા અને પિતાની સંયુક્ત વાર્ષિક આવક રૂ. ....  
(લાભાર્થી દિકરીના માતા અને પિતાની સંયુક્ત વાર્ષિક આવક ગણાવની રહેશે)
- જ્ઞાતિ : (અનુ.જાતિ/અનુ.જનજાતિ/સા.શૈ.પ.વ./અન્ય : ..... (લાગુ ન પડતું હોય તે છેડી નાખવું.)
- લાભાર્થી દિકરીનો આધાર નંબર (જો હોય તો) .....
- લાભાર્થી દિકરીના પિતાનો આધાર નંબર .....
- લાભાર્થી દિકરીની માતાનો આધાર નંબર .....
- લાભાર્થી દિકરીના બેંક ખાતાની વિગતો (ખાતુ લાભાર્થી દિકરીના નામનું હોવું જોઈએ )

બેંકનું નામ	ખાતા નંબર	IFSC કોડ

૧૧. કુટુંબના સભ્યોની વિગત -

ક્રમ	નામ	અરજદાર સાથેનું સગપણ	અભ્યાસ	જન્મ તારીખ	ઉંમર
૧	૨	૩	૪	૫	૬
૧					
૨					
૩					
૪					
૫					
૬					
૭					

એકરારનામું

૧. આથી અમો નીચે સહી કરનાર મારા ધર્મ પ્રમાણે સોગંધ લઈ એકરાર કરીએ છીએ કે, ઉપરોક્ત હકીકત સંપૂર્ણ સત્ય છે અને તેમાં કોઈ ફેરફાર ભવિષ્યમાં થશે તો તેની જાણ કરવા બંધાઉં છું. ખોટું એકરારનામું કરવું તે ફોજદારી ગુનો બને છે તેની સમજ મને છે.

તારીખ :- .....

પિતાની સહી .....

માતાની સહી.....

.....

અરજી સાથે નીચેના પુરાવા રજૂ કરવાના રહેશે (ચેક લીસ્ટ)

- (૧) લાભાર્થી દિકરીની માતા-પિતાની સંયુક્ત આવક અંગેનો ચીફ ઓફીસર/મામલતદાર/તાલુકા વિકાસ અધિકારી પૈકી કોઈપણ એકનો દાખલો
- (૨) લાભાર્થી દિકરીના માતા-પિતાની ઉંમર અંગે શાળા છોડ્યાનું પ્રમાણપત્ર / જન્મનો દાખલો   
(અન્ય કોઈ આધારભૂત પુરાવો ન હોય તો PHC/CHC/સિવિલ સર્જન પૈકીના કોઈપણ એક સરકારી ડૉક્ટરી પ્રમાણપત્ર/ સર્ટીફિકેટ)
- (૩) લાભાર્થી દિકરીના આધાર કાર્ડની નકલ (જો હોય તો)
- (૪) લાભાર્થી દિકરીના માતાના આધાર કાર્ડની નકલ
- (૫) લાભાર્થી પિતાના આધાર કાર્ડની નકલ
- (૬) અરજદારના રેશનકાર્ડની નકલ.
- (૭) લાભાર્થી દિકરીના બેંક ખાતાની પાસબુકની નકલ.

## “વ્હાલી દિકરી યોજના” નું સોગંદનામું

આથી અમો નીચે સહી કરનાર પત્નિનું નામ ..... ઉંમર વર્ષ .....  
પતિનું નામ: ..... ઉંમર વર્ષ..... ધર્મ .....  
રહેવાસી ગામ ..... તાલુકો..... જિલ્લો ..... અમો અમારા  
ધર્મના સોગંદ લઈ પ્રતિજ્ઞાપૂર્વક આ એફીડેવિટ કરી જાહેર કરીએ છીએ કે,

(૧) અમો પતિ/પત્નિ બન્ને મૂળ ગુજરાત રાજ્યના વતની છીએ.

(૨) અમારા બાળકોની વિગત નીચે મુજબ છે.

સંતાનનો ક્રમ	નામ	જાતિ (પુરુષ/સ્ત્રી)	જન્મ તારીખ	ઉંમર વર્ષ
પ્રથમ				
દ્વિતીય				
તૃતીય..				

.. અપવાદ રૂપ કિસ્સામાં ઠરાવની જોગવાઈ ક્રમાંક (બી) પ. મુજબ મળવાપાત્ર રહેશે.

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

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

(૪) અમો દંપતિ પૈકી પતિ/ પત્નિ એ તા ..... ના રોજ ..... હોસ્પિટલમાં  
..... ડૉક્ટર પાસે કુટુંબ નિયોજનનું ઓપરેશન કરાવેલ છે.

પ્રથમ સંતાન માટે આ યોજનાનો લાભ લેવા આ મુદ્દો સોગંદનામામાં લેવો જરૂરી નથી. દ્વિતીય સંતાનનો લાભ મેળવવા માટે આ મુદ્દો સોગંદનામામાં લેવાનો રહેશે.

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