



ભાવનગર મહાનગરપાલિકા
આરોગ્ય શાખા
બાળસખા યોજના - ૧



ગરીબી રેખા નીચેના કુટુંબના નવજાત શિશુને "બાળ સખા યોજના-૧" હેઠળ મળવાપાત્ર સેવાઓ મેળવવા માટેનું
અરજી પત્રક

પ્રતિશ્રી,

આરોગ્ય અધિકારી,
ભાવનગર મહાનગરપાલિકા,
ભાવનગર.

૧. નવજાત શિશુના માતાનું પુરૂ નામ :
૨. નવજાત શિશુના પિતાનું પુરૂ નામ :
૩. નવજાત શિશુના પિતાનું પુરૂ સરનામું :
૪. પિતાનો વ્યવસાય :
૫. કુટુંબ ની કુલ વાર્ષિક આવક રૂ. :
૬. અ.જ.જા.ના સભ્ય છ ? : હા/ ના (યોગ્ય પુરાવા જોડવા)
૭. શુ આવકવેરો ભરે છે ? : હા/ ના (યોગ્ય પુરાવા હોય તો જોડવા)
૮. હયાત બાળકોની સંખ્યા : પુત્ર.....પુત્રી..... કુલ.....
૯. સગર્ભાવસ્થા દરમ્યાન માતાએ લીધેલ સારવારની વિગત (પ્રસુતિ સમયે તપાસના રીપોર્ટ, મમતા કાર્ડ સાથે લઈ જવું) :
૧૦. બાળ સખા યોજનાના લાભાર્થી તરીકેની લાયકાત : બી.પી.એલ. / આવકનો દાખલો / અ.જ.જા.તિ. / અન્ય (પુરાવા જોડવા)

લાભાર્થી નવજાત બાળકની વિગત

૧. નવજાત શિશુનું નામ :-
૨. જાતિ :- પુરુષ/સ્ત્રી ૩. જન્મ તારીખ..... ૪. જન્મ સ્થળ..... ૫. બાળકનું વજન.....

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

સાક્ષીની સહી :
તારીખ :

અરજદાર ની સહી :
સ્થળ :

ગરીબી રેખા હેઠળના લાભાર્થી હોવા અંગેનું પ્રમાણપત્ર

આથી પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવે છે કે, અરજદાર શ્રીમતી
..... ઉંમર વર્ષ ગામ / શહેર તાલુકો / વોર્ડ જિલ્લો ના
રહેવાસી છે અને તેણી ગરીબી રેખા હેઠળના કુટુંબના સભ્ય/ આ યોજનાના હેઠળ લાભ મેળવવાની લાયકાત ધરાવે છે તેની ખરાઈ બી.પી.એલ.
કાર્ડ / બી.પી.એલ. યાદીમાં નામ / યુ.સી.ડી. વિભાગનું પ્રમાણપત્ર / આઈ.સી.ડી.એસ. લાભાર્થી પ્રમાણપત્ર / આવકનાં દાખલા / સ્થાનિક
તપાસણી પરથી કરવામાં આવી છે. તેનો બી.પી.એલ. યાદી નંબર છે. (યોગ્ય પુરાવા જોડવા).

સહી :

તારીખ :

હોદ્દો :

નોંધ : બી.પી.એલ. નો યોગ્ય પૂરાવો ન હોય તેવા કિસ્સામાં ઉપરોક્ત પ્રમાણપત્ર તલાટી ક્રમ મંત્રી / તાલુકા વિકાસ અધિકારી / મામલતદાર /
નગરપાલિકાનાં ચીફ ઓફીસર / કોર્પોરેશનના યુ.સી.ડી. વિભાગના વડા / મેડીકલ ઓફીસર ઓફ હેલ્થ / શહેરી બાલ વિકાસ યોજનાનાં ઘટક
અધિકારીશ્રી સ્થાનિક તપાસણી કરી આપી શકશે. પૂરાવો હોય તેવા કિસ્સામા શહેરી આરોગ્ય કેન્દ્ર ના એમ.ઓ. તથા ઉપરોક્ત અધિકારીઓ
પૂરાવાની ખરાઈ કરી પ્રમાણિત કરી શકશે.

બાળ સખા યોજના અંતર્ગત લાભાર્થીનું સેવા મળ્યા અંગેનું પ્રમાણપત્ર

પ્રતિ,
આરોગ્ય અધિકારીશ્રી,
ભાવનગર મહાનગરપાલિકા

આથી હું શ્રી/શ્રીમતી ઉમર વર્ષ ગામ / શહેર
..... તાલુકો / વોર્ડ જિલ્લો આ પ્રમાણીત કરૂ છું કે અમારા નવજાત બાળકનો
જન્મ..... હોસ્પીટલ ખાતે તારીખ:..... ના રોજ જન્મ થયો હતો. જન્મ બાદ પ્રસુતા
માતા શ્રીમતી..... ને ૪૮ કલાક દાખલ રાખીને સ્ત્રીરોગ નિષ્ણાંત
શ્રી/ડો.....એ સારવાર કરેલ તેમજ નવજાત બાળકને બાળરોગ નિષ્ણાંત
શ્રી/ડો..... એ તપાસીને સલાહ/ સારવાર આપેલ હતા જે બાબતથી અમોને સંતોષ છે.
વધુમાં આ હોસ્પીટલ કે ડોક્ટર તરફથી અમારી પાસે આ સેવાઓ સંબંધી કે દેવા, તપાસ કરવા અંગે કો ફી વસુલ કરેલ નથી જેની અમો
ખાત્રી આપીએ છીએ.

સાક્ષીની સહી :
તારીખ :

લાભાર્થીના વાલીની સહી :

વાહન ભાડની પહોંચ

(રૂ. ૧૦૦૦/-ની મર્યાદામાં બાળરોગ નિષ્ણાંત દ્વારા ચુકવેલ)

આથી હું શ્રી/શ્રીમતી ઉમર વર્ષ ગામ / શહેર
..... તાલુકો / વોર્ડ જિલ્લો આ પાવતી લખી આપુ છું કે અમારા નવજાત
બાળકનો જન્મ તારીખ..... ના રોજ હોસ્પીટલ ખાતે થયેલ પરંતુ તેની સ્થિતી ગંભીર હોઈ,
બાળરોગ નિષ્ણાંત ની સલાહ મુજબ તેને સારવાર અથે.....ના દવાખાને થી
..... ના દવાખાના ખાતે લઈ ગયેલ તે સમયે ૧૦૮ એમ્બ્યુલન્સ સેવા ઉપલબ્ધ ન
હોય, અન્ય વાહનમાં લઈ જવાના વાહનભાડા પેટે રૂ..... (અંકે રૂપિયા.....) બાળરોગ
નિષ્ણાંતશ્રી..... તરફથી મળેલ છે.

સાક્ષીની સહી :
તારીખ :

લાભાર્થીના વાલીની સહી :

B-1