



## ભાવનગર મહાનગરપાલિકા આરોગ્ય શાખા ચિરંજીવી યોજના



### ગરીબી રેખા નીચેના કુટુંબની મહિલાને “ચિરંજીવી યોજના” હેઠળ પ્રસુતિ સેવાઓ મેળવવા માટેનું અરજી પત્રક

પ્રતિશ્રી,  
આરોગ્ય અધિકારી,  
ભાવનગર મહાનગરપાલિકા,  
ભાવનગર.

૧. અરજદાર મહિલાનું પુરુ પુરુ નામ (અટક પ્રથમ લખવી) : .....
૨. ઉંમર વર્ષ : .....
૩. જ્ઞાતિ અ.જા. / અ.જ.જા. / બક્ષીપંચ / અન્ય : .....
૪. પુરુ સરનામું (ફોન નં. હોયતો અવશ્ય લખવો) : .....
૫. પતિનું પુરુ નામ (અટક પ્રથમ લખવી) : .....
૬. પતિનો વ્યવસાય : .....
૭. કુટુંબ ની કુલ વાર્ષિક આવક રૂ. : .....
૮. હયાત બાળકોની સંખ્યા : પુત્ર..... પુત્રી.....
૯. આ કેટલામી પ્રસુતિ છે : .....
૧૦. સગાભાવસ્થા દરમ્યાન લીધેલ સારવારની વિગત (પ્રસુતિના સમયે તપાસની વિગતો, મમતા કાર્ડ સાથે લઈ જવું) : .....
૧૧. પ્રસુતિની સંભવિત તારીખ : .....
૧૨. પરિવાર કલ્યાણની પ્રસુતિ પશ્ચાત સેવાઓ : ..... (પદ્ધતિનું નામ લખવું) સેવા હું પ્રસુતિ બાદ સ્વીકારવા ઈચ્છુ છું. / ઈચ્છતી નથી.
૧૩. બી.પી.એલ. કાર્ડ ધરાવે છે : હા / ના (જો હા તો, પુરાવા જોડો)

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 આર્થિક 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 તે અંગેની 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).

તારીખ :  
સ્થળ :

સહી :  
હોદ્દો/સિક્કો :

નોંધ : બી.પી.એલ. નો યોગ્ય પુરાવો 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. પુરાવો હોય તેવા કિસ્સામાં શહેરી આરોગ્ય કેન્દ્ર ના એમ.ઓ. તથા ઉપરોક્ત અધિકારીઓ  
પુરાવાની ખરાઈ કરી પ્રમાણિત કરી શકશે.

પ્રતિ,  
આરોગ્ય અધિકારી,  
ભાવનગર મહાનગરપાલિકા,  
ભાવનગર.

આથી હું શ્રીમતી ..... ઉંમર વર્ષ ..... ભાવનગરની  
હોસ્પિટલ ખાતે તા ..... ના રોજ પ્રસુતી માટે દાખલ થયેલ હતી. અમો ગરીબી  
રેખા હેઠળના " ચિરંજીવી યોજના " ના લાયક લાભાર્થી છીએ. આ હોસ્પિટલ ખાતે તા ..... ના રોજ અમારી પ્રસુતી થયેલ  
છે. અમોને આ પ્રસુતીથી પુરૂષ / સ્ત્રી, જીવીત / મૃત બાળક નો જન્મ થયેલ છે.

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

સાક્ષીની સહી :  
તારીખ :

અરજદારની સહી :  
સ્થળ :

### વાહન ભાડા પહોંચ

પ્રતિ,  
ડો. ....  
.....

હું શ્રીમતી ..... ઉંમર વર્ષ ..... ગામ / શહેર  
તાલુકો / વોર્ડ ..... જિલ્લો ..... ના રહેવાસી છું. હું તા ..... ના  
રોજ મારી ..... (કમ) પ્રસુતી માટે ..... હોસ્પિટલ ભાવનગર ખાતે દાખલ થયેલ હતી.  
મને ડો. .... તરફથી જનની મુરત્તા યોજના / ચિરંજીવી યોજના હેઠળ વાહન ભાડાના રૂ. ૨૦૦/- અંકે  
રૂપિયા બસસો પુરા રોકડા મળેલ છે. જે બદલ આ પહોંચ લખી આપુ છું.

સાક્ષીની સહી :  
તારીખ :

અરજદારની સહી :  
સ્થળ :

### એટેન્ડન્ટની પહોંચ

પ્રતિ,  
ડો. ....  
.....

હું શ્રીમતી ..... રહે  
ને આજ રોજ ..... હોસ્પિટલ ખાતે પ્રસુતી કરાવવા માટે લઈને આવેલ. જેના એટેન્ડન્ટ તરીકે  
" ચિરંજીવી યોજના " હેઠળ મને રૂ. ૫૦/- અંકે રૂપિયા પચાસ પુરા ડો. .... તરફથી રોકડા  
મળેલ છે, જે બદલ આ પહોંચ લખી આપુ છું.

સાક્ષીની સહી :  
તારીખ :

અરજદારની સહી :  
સ્થળ :

## ચિરંજીવી યોજના સહયોગી ડોક્ટર

પ્રતિ,  
આરોગ્ય અધિકારી,  
ભાવનગર મહાનગરપાલિકા,  
ભાવનગર

આથી પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવે છે કે, અરજદાર શ્રીમતી ..... ઉંમર  
વર્ષ ..... ગામ / શહેર ..... તાલુકો / વોર્ડ ..... જિલ્લો ..... ના રહેવાસી  
છે. તેમની આ ..... (ક્રમ) સુવાવડ છે, અમારી હોસ્પિટલ ખાતે તા. .... ના રોજ પ્રસુતી માટે દાખલ થયેલ હતા.  
તેણીની પ્રસુતી ..... તારીખના રોજ અમારી સંસ્થા ખાતે થયેલ છે. જેની વિગત આ મુજબ છે.

- (૧) પ્રસુતિ પરીણામ : જીવિત / મૃત જન્મ  
(૨) જાતિ : સ્ત્રી / પુરૂષ  
(૩) વજન : ..... kg  
(૪) પ્રસુતિનો પ્રકાર : નોર્મલ / સીજેરીયન / અન્ય કોમ્પ્લિકેશન .....

અમોએ તેણીને વાહન ભાડા પેટે રૂ. ૨૦૦/- નું ચુકવણું કરેલ છે. તેણીની સાથે આવેલ સહાયક / દાયણ ને રૂ. ૫૦/- રોકડા ચુકવેલ છે. જેની પહોંચ તથા લાભાર્થી તરફથી અમારા દ્વારા પ્રસુતી સેવાઓ પુરી પાડવા અંગેનું પ્રમાણપત્ર આ સાથે સામેલ છે. જે ધ્યાને લઈને અમોને રૂપિયા ..... નું ચુકવણું થઈ આવવા વિનંતી છે.

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

તારીખ :

ડોક્ટરની સહી :

સ્થળ :

હોસ્પિટલનું નામ (સહી / સિક્કો) :