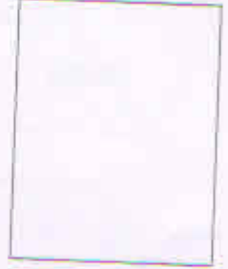


सोलापूर महानगरपालिका
महिला व बाल कल्याण समिती
सुकन्या योजनेसाठी करावयाचा अर्जाचा नमुना



मा. आयुक्त

सोलापूर महानगरपालिका, सोलापूर.

विषय : सुकन्या योजनेचा लाभ मिळणे बाबत.

महोदय,

सोलापूर महानगरपालिका महिला व बाल कल्याण समिती अंतर्गत वरील सुकन्या योजनेचा लाभ मिळणेकरीता अर्ज करित आहे. तरी कृपया माझ्या अर्जाचा सहानुभूती पूर्वक विचार करून, मला योजनेचा लाभ देण्यात यावा, ही विनंती.

१. लाभार्थीचे संपूर्ण नांव :
२. वडिलांचे / पतीचे नांव :
३. संपूर्ण पत्ता :
४. दूरध्वनी / मोबाईल क्रमांक :
५. जन्म दिनांक व वय : / / -----/वय:
६. जात :
७. शहरातील वास्तव्याचा कालावधी :
८. कुटुंबाचे वार्षिक उत्पन्न :
९. शैक्षणिक पात्रता :
१०. अर्जदार नोकरीला आहे/नाही :
११. संबंधित वार्ड - नगर सेवकाचे शिफारस पत्र.

धाबक क्र / ९ / लवकर /

दि.:- / / २०११

मी सत्य प्रतिज्ञा पत्रावर लिहून देते की वर अर्जात दिलेली माहिती खरी व बरोबर असून या पूर्वी संबंधित योजनेचा लाभ घेतलेला नाही.

माकदि.

अर्जादाराचे नांव व सही

(-----)

सोबत :-

१. विहित नमुन्यात अर्ज
२. रहिवाशी पुरावा (वीज बिल, घर कर पावती (टयाक्स), रेशनकार्ड , मतदार ओळखपत्र या पैकी कोणतेही एक)
३. फोटो ओळखपत्र पुरावा (मतदार ओळखपत्र , आधार कार्ड, पॅन कार्ड, या पैकी कोणतेही एक)
४. मागील वर्षाचा र.रु. १.०० लाख पर्यंत रकमेच्या उत्पन्नाचा तहसीलदार यांचा दाखला.
५. २ फोटो (ओळखपत्र आकाराचे)
६. संबंधित वार्ड - नगर सेवकांचे शिफारस पत्र.
७. कुटुंब कल्याण शस्त्रक्रिया केलेला वैद्यकिय अधिकारी यांचा दाखला.(सोबत नमुना दिलेला आहे.दाखला असल्यास नमुना प्रमाणपत्राची आवश्यकता नाही.)

सोलापूर महानगरपालिका

महिला व बाल कल्याण समिती सुकन्या योजनेसाठी

कुटुंब नियोजन शस्त्रक्रिया झाल्याबद्दल घावयाचे प्रमाणपत्र (नमुना)

मी खाली सही करणार श्री. श्रीमती

पदनाम

पता

प्रमाणित करतो कि, श्री./श्रीमती

संपूर्ण पता.

वय वर्षयांचे वर

कल्याणची निर्बीजीकरण शस्त्रक्रिया दिनांक

हि शस्त्रक्रिया श्री.

येथे कुटुंब

रोजी करण्यात आली.

(वैद्यकीय अधिका-याचे नाव)

.....(पदनाम) यांनी केली आहे.

हि शस्त्रक्रिया करण्यापूर्वी श्री.

.....व श्रीमती.....

.....यांची वैद्यकीय तपासणी करण्यात आली व त्यामध्ये दोघांपैकी

कोणावरही यापूर्वी निर्बीजीकरण शस्त्रक्रिया करण्यात आली नसल्याचे आढळले.

२. निर्बीजीकरण शस्त्रक्रिया दिनांक.

.....रोजी करण्यात आली असून संस्थेच्या

आर-३ नोंदवहीमध्ये सहीकर्त्याचा अनु.क्र.

आहे.

३. श्रीमती.

.....ह्या सध्या गरोदर नाहीत.

ठिकाण:

दिनांक:

शस्त्रक्रिया करणा-या वैद्यकीय

अधिका-याचे नाव व सही.

ठिकाण :

दिनांक :

संस्था प्रमुखाचे नाव व सही

संस्थेचा शिक्का

सोलापूर महानगरपालिका

महिला व बाल कल्याण समिती सुकन्या योजना

(कुटुंब नियोजन शस्त्रक्रिया करून घेणा-या जोडप्यातील पती व पत्नीने भरून
घावयाच्या अर्जाचा नमुना)

- १) पतीचे नाव _____
- २) पत्नीचे संपूर्ण नाव _____
- ३) सध्याचा पत्ता _____

- ४) कायमचा पत्ता _____

- ५) पतीची जन्मतारीख _____
- ६) पत्नीची जन्मतारीख _____
- ७) हयात अपत्यांची संख्या • _____
- १) एक मुलगी _____
- २) दोन मुली _____

(लागू असलेले त्या क्रमांकापुढे (/) खूण करावी)

- ८) जोडप्यातील शस्त्रक्रिया करून
घेणा-या व्यक्तीचे नांव _____
- ९) शस्त्रक्रिया करून घेतल्याचा दिनांक _____
- १०) श्री. _____
- श्रीमती. _____

आम्ही प्रतिज्ञा पूर्वक लिहून देतो कि:

- १) आम्हा उभयंताना फक्त एक/दोन मुली आहेत मात्र एकही मुलगा नाही.
- २) आम्हा उभयंताना कोणावरही या अगोदर निर्बीजीकरण शस्त्रक्रिया करण्यात आलेली नाही.
- ३) निर्बीजीकरण शस्त्रक्रिया यदाकदाचित अपयशी ठरली तर वैद्यकीय गर्भपात शस्त्रक्रिया करून घेण्यात येईल.
- ४) पुर्नसजोडणी शस्त्रक्रिया करून आम्ही यापुढे आणखी अपत्यास जन्म देणार नाही.
- ५) आम्ही आमच्या मुलीचे/मुलींचे संपूर्ण लसीकरण करून घेणार आहोत.
- ६) आम्ही आमच्या मुलीचे/मुलींचे विवाह तिच्या/त्यांच्या वयाची १८ वर्षे पूर्ण होईपर्यंत करणार नाही. जर मुलीचे/मुलींचे विवाह १८ वर्षांचे पूर्वी केल्यास होणा-या कायदेशीर कार्यवाहीस आम्ही स्वतः जबाबदार राहू.

ठिकाण :

पत्नीचे नाव व सही

दिनांक :

पत्नीचे नाव व सही