

નિયામક, સમાજ સુરક્ષા ખાતુ

બ્લોક નં. ૧૬, ગ્રાઉન્ડ ફ્લોર,

ડો. જીવરાજ મહેતા ભવન,

ગાંધીનગર - ૩૮૨૦૧૦.

ફોન નં : ૦૭૯ - ૨૩૨ ૫૬૩૦૯

ફેક્સ નં : ૦૭૯ - ૨૩૨ ૫૬૩૦૮

નં.સસુંખા/CPD/ 506 /૨૦૨૧-૨૨/

તા:- ૧૭/૦૬/૨૦૨૧

પ્રતિ,

જિલ્લા સમાજ સુરક્ષા અધિકારીશ્રી,

જિલ્લા બાળ સુરક્ષા અધિકારીશ્રી,

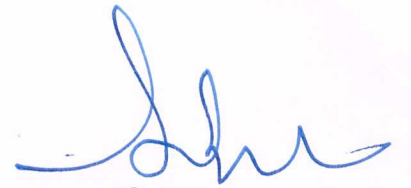
તમામ.

વિષય:-કોવિડ-૧૯ મહામારીના સમયગાળા દરમ્યાન અનાથ બનેલ બાળકોને સહાય કરવા બાબતે મુખ્ય મંત્રી બાળ સેવા યોજનાની અમલવારી બાબત.

સંદર્ભ:-સામાજિક ન્યાય અને અધિકારીતા વિભાગના ઠરાવ ક્રમાંક;- જજઅ/૧૦૨૦૨૧/૨૧૮૭૦૨/છ સચિવાલય, ગાંધીનગર. તા.૧૧/૬/૨૦૨૧

ઉપરના વિષય અને સંદર્ભવાળા ઠરાવથી આ સાથે મુખ્ય મંત્રી બાળ સેવા યોજનાનું ફોર્મ સામેલ રાખેલ છે. જેની યોજનાના ઠરાવની તમામ શરતો ધ્યાને રાખી અમલવારી કરવા જણાવવામાં આવે છે.

બિડાણ:- યોજનાનું ફોર્મ



નિયામક

સમાજ સુરક્ષા ખાતું

ગુજરાત રાજ્ય, ગાંધીનગર



મુખ્યમંત્રી બાળ સેવા યોજના અરજી પત્રક

અરજદાર વાલીનો
બાળક સાથેનો
પાસપોર્ટ સાઇઝનો
ફોટો

બાળકનો પાસપોર્ટ
સાઇઝનો ફોટો

અરજદાર વાલીની માહિતી

- (૧) અરજદાર વાલીનું પુરું નામ
- | અટક | નામ |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
- (૨) અરજદાર વાલીના પિતા/પતિનું નામ
- | | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|
- (૩) અરજદારનો બાળક સાથેનો સંબંધ.....
- (૪) અરજદાર વાલીની જાતિ(SC/ST/OBC/GEN)-----અરજદાર વાલીની પેટા જાતિ-----
- (૫) અરજદાર વાલીની ઉંમર:-----ધર્મ :----- અરજદારનું લિંગ:

પુરુષ	સ્ત્રી
-------	--------
- (૬) અરજદાર વાલીનું હાલનું સરનામું:.....
.....તા.....જી.....
- (૭) અરજદાર વાલીનું કાયમી સરનામું:.....
.....તા.....જી.....મોબાઇલ નંબર:
- (૮) અરજદારનું ઇ-મેઇલ એડ્રેસ:.....
- (૯) અરજદાર ગુજરાત રાજ્યમાં કેટલા સમયથી વસવાટ કરે છે?.....
- (૧૦) અરજદાર વાલીનો વ્યવસાય.....
- (૧૧) અરજદાર વાલીના કુટુંબની વિગતો:

ક્રમ	સભ્યનું નામ	ઉંમર	અભ્યાસ	વ્યવસાય
૧				
૨				
૩				
૪				
૫				



બાળકની વિગતો:

(૧૨) બાળકનું પુરુ નામ

અટક

નામ

(૧૩) બાળકની જન્મ તારીખ:...../...../..... ઉંમર:.....વર્ષ.....માસ જાતિ:

પુરુષ

સ્ત્રી

(૧૪) બાળક અભ્યાસ કરતું હોય તે શાળાનું નામ/આંગણવાડી કેંદ્રનું નામ અને સરનામું.....

(૧૫) બાળકના હાલના અભ્યાસનું ધોરણ/ આંગણવાડી:.....

(૧૬) શાળાના આચાર્યનું નામ/આંગણવાડીના સંચાલકનું નામ:.....

(૧૭) શાળાના આચાર્યનો /સંચાલકનો સંપર્ક ફોન નંબર તથા ઇ-મેઇલ:.....

બાળકના માતા પિતાની વિગતો

(૧૮) પિતાનું પુરુ નામ

અટક

નામ

પિતા/પતિ નું નામ

(૧૯) માતાનું પુરુ નામ

અટક

નામ

પિતા/પતિ નું નામ

(૨૦) પિતાના મૃત્યુની તારીખ :-.....માતાના મૃત્યુની તારીખ:-.....

(૨૧) બાળકને હાલમાં ગુજરાત સરકારની અન્ય કોઈ યોજનાનો લાભ મળે છે કે કેમ? (હા / ના):.....

જો હા તો યોજનાનું નામ.....

કઈ તારીખ થી.....

(૨૨) બાળક દસ વર્ષથી મોટી ઉંમરનું હોય તો તેના બેંક ખાતાની વિગત:

બેંકનું નામ: શાખાનું નામ:..... ગામ/શહેર:.....

IFSC કોડ સેવીંગ બેંક એકાઉન્ટ નંબર.....

અથવા

(૨૩) બાળક દસ વર્ષથી નાની ઉંમરનું હોય તો તેના પાલક વાલીના બેંક ખાતાની વિગત:

બેંકનું નામ: શાખાનું નામ:..... ગામ/શહેર:.....

IFSC કોડ સેવીંગ બેંક એકાઉન્ટ નંબર.....

(૨૪) બાળકના સગા ભાઈ બહેનની માહિતી:

ક્રમ	નામ	ઉંમર	સ્ત્રી/પુરુષ	અભ્યાસ
૧				
૨				
૩				



૨૫. સાક્ષીની વિગતો:

ક્રમ	સાક્ષીનું પુરુ નામ અને મોબાઇલ નંબર	સરનામું	સાક્ષીની સહી
૧	નામ મો.		
૨	નામ મો.		

૨૬. અરજી સાથે રજુ કરવાના આધારોની વિગત

નોંધ:-ક્રમ (૧) થી (૪) માં દર્શાવેલ દસ્તાવેજો જોડવા ફરજિયાત જ્યારે ક્રમ (૫) થી (૭) માં દર્શાવેલ દસ્તાવેજો અરજીની તારીખથી ત્રણ માસમાં રજુ કરવાના રહેશે.

ક્રમ	દસ્તાવેજની વિગતો	દસ્તાવેજનો નંબર	માંગવામાં આવેલ દસ્તાવેજો અરજી સાથે સામેલ છે? હા/ના
૧	બાળકના જન્મનો દાખલો/શાળા છોડ્યાનું પ્રમાણપત્ર	૧	
૨	બાળકના પિતાના મરણનું પ્રમાણપત્ર	૨	
૩	બાળકના માતાના મરણનું પ્રમાણપત્ર	૩	
૪	બાળકના આધાર કાર્ડની નકલ	૪	
૫	બાળક અથવા અરજદાર વાલીના બેંક ખાતાની પાસબુકની પ્રથમ પાનાની નકલ અથવા ચેકબુકનું રદ કરેલ પાનું	૫	
૬	અરજદાર પાલક વાલીના આધાર કાર્ડની નકલ	૬	
૭	બાળક હાલમાં જે ધોરણમાં અભ્યાસ કરતો હોય તે અંગેનું શાળા/આંગણવાડીનું પ્રમાણપત્ર	૭	

એકરારનામું

આથી મારા ધર્મ પ્રમાણે સોગંદ લઇ હું એકરાર કરુ છુ, ઉપર દર્શાવેલ તમામ હકીકતો સંપૂર્ણ સાચી છે જો કોઈ વિગત ખોટી સાબિત થશે તો તે અંગે મારી સામે નિયામનુસાર કાર્યવાહી થઈ શકે તેની મને સમજ છે. આ સહાયનો પૂરેપૂરો ઉપયોગ બાળકોના વિકાસ તથા અભ્યાસ માટે કરીશ.

તારીખ:-

અરજદાર વાલીની સહી/અંગુઠાનું નિશાન



કચેરીના ઉપયોગ માટે

અરજદારશ્રી.....ની તા.....

ની અરજીની ચકાસણી કરવામાં આવી છે. નિયમાનુસાર અરજી સ્પોન્શરશીપ એન્ડ ફોસ્ટર કેર એપુવલ કમિટિ (SFCAC) માં મંજૂર કરવા અભિપ્રાય સહ લલામણ કરૂ છું.

સહિ.....

સહિ.....

નામ.....

નામ.....

ચકાસણી કરનાર કર્મચારીની સહી

જિલ્લા બાળ સુરક્ષા અધિકારીશ્રીની સહી

તા.....ના રોજ મળેલી સ્પોન્શરશીપ એન્ડ ફોસ્ટર કેર એપુવલ કમિટિ (SFCAC) ની બેઠકમાં અરજદારશ્રીની અરજી મંજૂર/નામંજૂર કરવામાં આવેલ છે.

સહિ.....

નામ.....

તારીખ.....



અધ્યક્ષ

સ્પોન્શરશીપ એન્ડ ફોસ્ટર કેર એપુવલ કમિટિ.

જિ.....