

(વિનામૂલ્યે)

વિકસતી જાતિ કલ્યાણ ખાતું ગુજરાત રાજ્ય ગાંધીનગર

સામાજિક શૈક્ષણિક રીતે પછાતવર્ગ તથા વિચરતી વિમુક્ત જાતિના તબીબી સ્નાતકોને (એમ.બી.બી.એસ./બી.એ.એમ.એસ./બી.એસ.એ.એમ./બી.ડી.એસ.) ડૉક્ટરનો સ્વતંત્ર વ્યવસાય શરૂ કરવા લોન/સહાય મેળવવા માટેનું અરજીપત્રક



ફોટો

(૧)	અરજદારનું નામ (અટક પહેલાં લખવી)	
(૨)	અરજદારનું પૂરું સરનામું(ટેલીફોન નંબર સહિત)	
(૩)	અરજદારની જાતિ, પેટા જાતિ	
(૪)	અરજદારની જન્મ તારીખ તથા ઉંમર	
(૫)	અરજદારના પિતા/વાલીનું પુરું નામ/ સરનામું	
(૬)	અરજદારના પિતા/વાલીનો વ્યવસાય/ સમગ્ર કુટુંબની વાર્ષિક આવક	
(૭)	શૈક્ષણિક કારકિર્દી માટે નીચેની માહિતી આપવી અ. એમ.બી.બી.એસ./ બી.એ.એમ.એસ./ બી.એસ.એ.એમ./ બી.ડી.એસ.નો અભ્યાસ જે કોલેજમાં કર્યો હોય તેનું નામ /સરનામું બ. પાસ કર્યાનું વર્ષ	
(૮)	ડૉક્ટરનો સ્વતંત્ર વ્યવસાય શરૂ કરવામાં આવેલ હોય તો તે શરૂ કર્યાની તારીખ/ વર્ષ અને સરનામું જણાવવું તેમજ અંદાજિત માસિક આવક	
(૯)	દવાખાનું શરૂ કરવામાં આવેલ હોય તો તેમાં કોઈની ભાગીદારી છે કે કેમ?	
(૧૦)	ડૉક્ટરનો સ્વતંત્ર વ્યવસાય જો શરૂ કરવાના હોય તો કયારથી શરૂ કરવા માંગો છો? અને કયાં શરૂ કરવા માંગો છો ? તેનું પૂરું સરનામું	

(૧૧)	ડોક્ટરી લાઇનનો અનુભવ જો હોય તો જણાવવો (પ્રમાણપત્ર આપવું)	
(૧૨)	મેડીકલ કાઉન્સીલ અથવા આર્યુવેદીક કાઉન્સીલ તરફથી મળેલ રજી.ના નબર/ તારીખ (રજીસ્ટ્રેશન સર્ટીની પ્રમાણિત નકલ સાથે જોડવી)	
(૧૩)	આ યોજના હેઠળ જોઈતી લોન:	
	૧. દવાખાનાના મકાનનુ ભાડુ એક વર્ષ માટે (ભાડા ચિઠ્ઠી રજુ કરવી)	રૂ.....
	૨. ફર્નીચર ખરીદવા માટે	રૂ.....
	૩. દર્દીઓની શારીરીક તપાસ માટેના જરૂરી સાધનો ખરીદવા માટે	રૂ.....
	૪. દવાઓ ખરીદવા માટે	રૂ.....
	૫. કુલ	રૂ.....
(૧૪)	અરજદાર પોતે આ ધંધા માટે કેટલી મૂડી રોકશે અને તે કેવી રીતે ?	

અરજદારની સહી

અરજી સાથે રજુ કરવાના આધાર/પુરાવા:

૧. રહેઠાણના પૂરાવા તરીકે રેશનીંગ કાર્ડ/ચૂટણી કાર્ડ/લાઇટબીલ/ઘરવેરાની પહોંચની નકલ (કોઇપણ એક)
૨. સક્ષમ અધિકારીશ્રીનું જાતિનું પ્રમાણપત્ર તથા આવકનો દાખલો
૩. જામીનદારનું જામીનખત (પત્રક-અ મુજબ)
૪. જાત જામીનખત (પત્રક-બ મુજબ)
૫. મેડીકલ કાઉન્સીલ તરફથી મળેલ રજીસ્ટ્રેશન સર્ટીની નકલ/ફી ભર્યાની પહોંચ ની નકલ

નોંધ: અરજીમાં સપૂર્ણ વિગતો દર્શાવી આધાર-પૂરાવા સહ સંબંધિત નાયબ નિયામક (વિ.જા)/ જિલ્લા સમાજ કલ્યાણ અધિકારી(વિ.જા), અધિકારીને મોકલવાની રહેશે.

: પત્રક-અ : (એકરારનામું)

ડૉક્ટરનો સ્વતંત્ર વ્યવસાય શરૂ કરવા લોન / સહાય મેળવવા
જામીનદારના જામીનખતનો નમૂનો

આથી હું શ્રી

રહેવાસી-.....તાલુકો-.....જિલ્લો.....ઉંમર વર્ષ

..... લખી આપુ છું કે,શ્રીરહેવાસી.....

તાલુકો : જિલ્લો : ને જિલ્લા નાયબ
નિયામક (વિ.જા) /જિલ્લા સમાજ કલ્યાણ અધિકારી (વિ.જા) ના તારીખ :ના
આદેશ ક્રમાંક:.....થી ડૉક્ટરનો સ્વતંત્ર વ્યવસાય શરૂ કરવા
લોન મંજૂર કરવામાં આવેલ છે જે આદેશમાં જણાવ્યા પ્રમાણે જાત જામીન ઉપર વધારાના
જામીનદાર મિલકતવાળા હોય તેવાને જામીનદાર તરીકે લેવાના છે તે પ્રમાણે હું શ્રી
.....નો જામીન થાઉ છું અને મારા ખાતે આવેલી નીચે પ્રમાણેની સ્થાવર
મિલકત કે જમીનનો આધાર રજૂ કર્યો છે.

સ્થાવર મિલકત : મિલકતનું વર્ણન.

જમીનની મિલકત : ૭/૧૨નો ઉતારો.

ઉપર જણાવ્યા પ્રમાણે હું શ્રીને ડૉક્ટરનો સ્વતંત્ર
વ્યવસાય શરૂ કરવા જે લોન મંજૂર કરવામાં આવેલ છે તે પૂરેપૂરી ભરપાઈ ન કરે તો બાકી લેણી
નીકળતી રકમ વ્યાજ સાથે ભરપાઈ કરવા બંધાઉં છું અથવા મારી સ્થાવર મિલકતમાથી સરકાર
વસુલ કરે તેની સામે મારો કે મારા વાલી વારસોનો કોઈ વાધો ચાલશે નહીં તેની હું ખાત્રી પૂર્વક આ
લખાણ લખીને જામીન થાઉ છું. જે મારા વાલી વારસોને બંધનકર્તા રહેશે.

સ્થળ :

જામીનદારની સહી :

તારીખ :

નામ :

સરનામું :

: પત્રક-બ : (એકરારનામું)

ડોક્ટરનો સ્વતંત્ર વ્યવસાય શરૂ કરવા માટેની લોન સહાય મેળવવા જાત જામીનખતનો નમૂનો આથી હુ શ્રી રહેવાસી તાલુકો :
.....જિલ્લો :ઉંમર વર્ષ લખી આપુ છુ કે, હુ
..... જિલ્લાના..... તાલુકાના..... ગામે
ડોક્ટરનો સ્વતંત્ર વ્યવસાય શરૂ કરવા માટે જિલ્લા નાયબ નિયામક (વિ.જા)/ જિલ્લા સમાજ કલ્યાણ અધિકારી (વિ.જા)ના તા.....ના આદેશ નંબરમાં જણાવેલ તમામ શરતોનુ પૂર્ણપણે પાલન કરીશ અને રૂ.૪૦,૦૦૦/- મંજૂર કરેલ લોનની રકમ મળ્યા તારીખથી એક વર્ષ પછી માસિક રૂપિયા ૫૦૦/- ના ૮૦ સરખા હપ્તાથી તેમજ લોન પર ૪ ટકા વાર્ષિક વ્યાજની રકમ દર છ માસ અર્થાત્ તા. ૩૦ જુન અને તા. ૩૧ ડીસેમ્બર સુધીમાં બે હપ્તાથી નિયમિત સરકારશ્રીમાં જમા કરાવવા બંધાઉ છુ અને જો તેમ કરવામાં નિષ્ફળ જાઉ તો જાત જામીન તરીકે ખાત્રી આપુ છુ કે, જો બાકી લેણી નીકળતી રકમ રેવન્યુ રાહે વસુલ કરવામાં આવશે તો તે સામે મારો કે મારા વાલી વારસોનો કોઈ વાંધો ચાલશે નહીં તેની હુ અને મારા વાલી/વારસો બાંહેધરી આપીએ છીએ. સરકારશ્રી તરફથી મળવાપાત્ર લોન સહાયની રકમ ઉપરાંત જે રકમ થાય તે હુ બીજેથી વ્યવસ્થા કરી લોન/ સહાય મળ્યા તારીખથી ત્રણ માસની અંદર ડોક્ટરનો સ્વતંત્ર વ્યવસાય શરૂ કરીશ તથા ખર્ચના વાઉચર બે માસમાં જિલ્લા નાયબ નિયામકશ્રી (વિકસતી જાતિ)/ જિલ્લા સમાજ કલ્યાણ અધિકારીશ્રી, (વિકસતી જાતિ) ને રજૂ કરીશ. વધુમાં, જો હુ સરકારી નોકરી કે ખાનગી સંસ્થામાં ડોક્ટરની નોકરીમાં જોડાઉ તો મને સરકારશ્રી તરફથી મળેલ લોન તથા સહાય સરકારશ્રીના નિયમ મુજબ દંડનીય વ્યાજ સાથે એકી સાથે સરકારશ્રીમાં જમા કરાવવા હુ તેમજ મારા વાલી વારસો જાત જામીન તરીકે બંધાઇએ છીએ.

પિતા/વાલી / વારસદારની સહી:

અરજદારની સહી: તારીખ:!

મારી રૂબરૂમાં :

સાક્ષી નં. (૧) નામ / સરનામું :

સહી :

સાક્ષી નં. (૨) નામ / સરનામું :

સહી :

મદદનીશ સમાજ કલ્યાણ અધિકારી/ સમાજ કલ્યાણ નિરીક્ષકનો અભિપ્રાય

અરજદારે અરજી ફોર્મમાં રજૂ કરેલી વિગતો તથા તમામ આધાર મેં ચકાસેલ છે. જેને ધ્યાને લઈ નિયમોનુસાર ડોક્ટરનો સ્વતંત્ર વ્યવસાય શરૂ કરવા લોન/સહાય મંજૂર કરવા મારી સ્પષ્ટ ભલામણ છે/નથી.

સ્થળ : મદદનીશ સમાજ કલ્યાણ અધિકારી/ સમાજ કલ્યાણ નિરીક્ષકની
તારીખ સહિ તથા સિક્કો