

**ज्योति योजना के तहत महिलाओं के लिए
आवेदन पत्र**

1. महिला का नाम-----
(स्पष्ट अक्षरों में)
2. महिला के पति का नाम-----
3. महिला की आयु----- (जन्म तिथि यदि ज्ञात हो।)
4. जाति----- धर्म-----
5. महिला की शैक्षणिक योग्यता-----
6. कुल संतान की संख्या-----
7. बालिकाओं के नाम (1)----- (2)-----
8. नसंबदी की दिनांक व स्थान-----
9. नसंबदी किए जाने वाले चिकित्सक का नाम व पद-----
10. महिला का पूर्ण व स्थायी पता-----
11. दूरभाष----- मो०-----
12. सक्षम अधिकारी द्वारा पूर्ण प्रमाणित दस्तावेजों की प्रतिलिपि (समस्त दस्तावेज आवश्यक)
(i) निवास प्रमाण पत्र (ii) नसंबदी प्रमाण पत्र (iii) फोटो पहचान पत्र
13. योजना के तहत देय लाभ
(क) समाज / गाँव में आदर्श महिला के रूप में प्रचारित करना।
(ख) राष्ट्रीय समारोह पर राज्य / जिला स्तरीय सम्मान।
(ग) पात्रता पूर्ण करने पर ए.एन.एम./जी.एन.एम./आशा/ आगंनवाड़ी कार्यकर्ता के चयन में वरीयता।
(घ) अध्ययन हेतु वित्तीय सहायता।
(ङ) सरकारी अस्पतालों में निःशुल्क चिकित्सा सेवाएँ

हस्ताक्षरमय

[जो महिलाएँ उपरोक्त वर्णित देय लाभ अर्जित करना चाहती हैं उन पर (√) करें]

घोषणा

मैं-----पत्निश्री-----घोषणा करती हूँ कि इस आवेदन पत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी व विश्वास के अनुसार सत्य व सही हैं एवं मैंने कोई तथ्य नहीं छिपाया है। मैं जानती हूँ कि किसी भी सूचना के असत्य व गलत पाये जाने पर किसी भी समय मेरा आवेदन रद्द किया जा सकता है।

दिनांक व स्थान

()
प्रार्थी का नाम एवं हस्ताक्षर

कार्यालय उपयोग के लिए

यह है कि श्रीमती -----पत्नि श्री -----इस योजना से लाभान्वित चाहती है तथा समस्त दस्तावेज मय उपलब्ध करवा दिए गए हैं। महिला को योजना के विषय के बारे में पूर्ण जानकारी प्रदान कर दी गई है।

ह.
खण्ड मुख्य
चिकित्सा अधिकारी

ह.
सैक्टर ईन्चार्ज
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र

ह.
प्रभारी उप स्वास्थ्य केन्द्र/
अन्य स्वास्थ्य कर्ता

ह.
अतिरिक्त/उप मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी (प.क.)