

**અરજદાર ગરીબી રેખાના કુટુંબના મહીલા છે.
એ બાબતની ખાત્રી/પ્રમાણપત્ર**

આથી પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવે છે કે

અરજદાર શ્રીમતિ _____

ઉંમર _____ વર્ષ _____ ગામ _____ તા. _____ જી. _____

ના રહેવાસી છે. અને ફળીયા/શેરી _____ માં રહે છે. સચીને તેઓ _____

ગરીબી રેખા નીચેની કુટુંબની મહીલા છે. તેની ખરાઈ _____ જિલ્લો ગ્રામ વિકાસ

એજન્સી/તાલુકા વિકાસ એજન્સી _____ (ગ્રામ્ય વિસ્તાર માટે) તરફથી ગરીબી રેખા નીચે કુટુંબોની અત્રે પ્રાપ્ત થયેલ યાદી ઉપરથી કરેલ છે.

તેની ખરાઈ સીટી મામલતદાર કચેરી _____ તરફથી ગરીબી રેખા નીચે કુટુંબોની અત્રે પ્રાપ્ત થયેલ યાદી ઉપરથી કરેલ છે.

મે.ઓ.પ્રા.આ.કેન્દ્ર

તા. _____ જી. _____

ચીફ ઓફીસર/હેલ્થ ઓફીસર

_____ નગરપાલિકા

નાયબ હેલ્થ ઓફીસર _____

હેલ્થ ઓફીસર _____

મ્યું.કોર્પોરેશન _____

મ્યું.કોર્પોરેશન _____

પ્રા.આ.કેન્દ્ર સ્ત્રી આરોગ્ય કાર્યકર/તબીબ અધિકારીનું પ્રમાણપત્ર આથી પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવે છે કે

અરજદાર શ્રીમતિ _____

ઉંમર _____ વર્ષ _____ ગામ _____ તા. _____ જી. _____ ના રહેવાસી

છે. આ પ્રથમ/દ્વિતીય સુવાવડ છે.

તેમની સુવાવડ સંભવિત તારીખ _____ છે. તેઓએ _____ પેટા કેન્દ્રના સ્ત્રી આરોગ્ય કાર્યકર/શહેરી

વિસ્તારના દવાખાના/હોસ્પિટલ ખાતે _____ નોંધની કરાવી છે.

ધનુર વિરોધી પુરા ડોઝ લીધેલ છે. અને પેટા કેન્દ્ર/પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્ર/શહેરી વિસ્તારના દવાખાના—હોસ્પિટલ

ક્ષાએ નિયમિત તપાસ કરાવે છે. અને જરૂરી સારવાર લે છે. આ પ્રથમ/દ્વિતીય સુવાવડ બાબતે તેઓની ઉંમર ૧૮

વર્ષથી ઓછી નથી. તેની (જન્મતારીખ શાળા છોડ્યાનું પ્રમાણપત્ર/એફીડેવટ/તબીબી તપાસથી) અમોએ ખાત્રી કરી

છે.

સ્ત્રી આરોગ્ય કાર્યકર નામ અંગે _____

સ્ત્રી આરોગ્ય કાર્યકરની સહી _____

પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્ર મે.ઓની સહી _____

દવાખાનામે.ઓની સહી _____

હોસ્પિટલ/મે.ઓની સહી _____

પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્ર મે.ઓની સહી _____

(નામ, હોદ્દા સાથે)