

**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)