

**‘अपनी बेटी अपना धन’ योजना के अर्न्तगत रूपये 500/- का लाभ प्राप्त करने हेतु  
आवेदन-पत्र**

(शहरी क्षेत्रों के लिए)

सेवा में

सिविल सर्जन/वरिष्ठ चिकित्सा अधिकारी/प्रभारी/चिकित्सा  
अधिकारी प्रभारी,  
सामान्य अस्पताल/सामूदायिक स्वास्थ्य केन्द्र/प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/  
पोस्ट प्राथमिक केन्द्र ।

विषय:- ‘अपनी बेटी अपना धन’ योजना के अर्न्तगत रूपये 500/- का लाभ प्राप्त करने हेतु आवेदन-पत्र।

महोदया,

मैंने तिथि..... को एक बेटी को जन्म दिया है। मुझे अपनी बेटी अपना धन योजना के रूपये 500/- का लाभ दिया जाए।

अन्य विवरण निम्नलिखित है:-

1. आवेदक ( मां) का नाम : श्रीमति.....
2. पति का नाम श्री..... पुत्र श्री.....
3. मां की जन्म तिथि/आयु :
4. पूरा पता :

5. बेटी की जन्म तिथि :
6. परिवार में नवजात शिशु सहित कुल बच्चे :
7. जाति

अनुसूचित जाति      या       अन्य

अगर अनुसूचित जाति से सम्बन्धित है तो।

(क) जाति प्रमाण-पत्र की प्रति हस्ताक्षरित कॉपी

(ख) क्या माता या पिता में से कोई भी सरकारी विभाग अथवा निगम में क्लास I या क्लास II अधिकारी है।  हां      या       नहीं

(ग) क्या माता अथवा पिता आयकरदाता है ?  हां      या       नहीं

दिनांक :

आवेदक के हस्ताक्षर

‘अपनी बेटी अपना धन’ योजना के अर्न्तगत रूपये 500/- लाभ पाने के लिए आवेदन-पत्र की प्राप्ति।

श्रीमति.....पत्नी श्री .....  
गांव.....से ऊपर दिये गये सम्बन्ध में आवेदन  
पत्र तारीख.....को प्राप्त हुआ।

हस्ताक्षर  
मल्टी परपज वर्कर ( फिमेल) / हैल्थ सुपरवाईजर ( फिमेल)

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्रीमति.....पत्नी श्री .....  
गांव.....ने दिनांक.....को एक बेटी को जन्म दिया। इस  
परिवार में नवजात शिशु को मिलाकर कुल .....बच्चे हैं।

हस्ताक्षर  
मल्टी परपज वर्कर ( फिमेल) / हैल्थ सुपरवाईजर ( फिमेल)

वरिष्ठ चिकित्सा अधिकारी / प्रभारी / चिकित्सा अधिकारी प्रभारी द्वारा प्रमाण पत्र :

यह सत्यापित किया जाता है कि श्रीमति.....पत्नी श्री .....  
गांव.....का परिवार डी.आर.डी.ए. द्वारा दी गई गरीब परिवारों की सूची  
में क्रमांक संख्या.....पर दर्शाया गया है।

ऊपर दिये गये तथ्य को मद्दे नजर रखते हुए अपवेदक को 500/- रूपये की राशि  
अनुमोदित की जाती है।

हस्ताक्षर  
वरिष्ठ चिकित्सा अधिकारी / प्रभारी / चिकित्सा अधिकारी

महिला एवं बाल विकास निदेशालय  
समाज कल्याण विभाग हरियाणा  
एस.सी.ओ. नं:860-861, सैक्टर 34-ए, चण्डीगढ।

क० संख्या 484602

महिला एवं बाल विकास निदेशालय, समाज कल्याण विभाग हरियाणा से 500/- रूपये  
'अपनी बेटी अपना धन' योजना के अर्न्तगत' अपने पोषण के लिए प्राप्त किये।

तिथि.....  
गवाह के हस्ताक्षर.....  
पद महिला सरपंच/पंच या  
महिला मंडल सदस्य/  
बाल सेविका/अध्यापिका

(प्रप्तकर्ता के हस्ताक्षर)  
प्राप्तकर्ता का नाम.....  
पति का नाम.....  
पूरा पता.....

.....

महिला एवं बाल विकास निदेशालय  
समाज कल्याण विभाग हरियाणा  
एस.सी.ओ. नं:860-861, सैक्टर 34-ए, चण्डीगढ।

क० संख्या 484602

महिला एवं बाल विकास निदेशालय, समाज कल्याण विभाग हरियाणा से 500/- रूपये  
'अपनी बेटी अपना धन' योजना के अर्न्तगत' अपने पोषण के लिए प्राप्त किये।

तिथि.....  
गवाह के हस्ताक्षर.....  
पद महिला सरपंच/पंच या  
महिला मंडल सदस्य/  
बाल सेविका/अध्यापिका

(प्रप्तकर्ता के हस्ताक्षर)  
प्राप्तकर्ता का नाम.....  
पति का नाम.....  
पूरा पता.....

.....

महिला एवं बाल विकास निदेशालय  
समाज कल्याण विभाग हरियाणा  
एस.सी.ओ. नं:860-861, सैक्टर 34-ए, चण्डीगढ ।

क0 संख्या 484602

महिला एवं बाल विकास निदेशालय, समाज कल्याण विभाग हरियाणा से 500/- रूपये  
'अपनी बेटी अपना धन' योजना के अर्न्तगत अपने पोषण के लिए प्राप्त किये ।

तिथि.....  
गवाह के हस्ताक्षर.....  
पद महिला सरपंच/पंच या  
महिला मंडल सदस्य/  
बाल सेविका/अध्यापिका

(प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर)  
प्राप्तकर्ता का नाम.....  
पति का नाम.....  
पूरा पता.....