



# શ્રી ગોહિલવાડ દશાશ્રીમાળી સેવા સંઘ, બોરીવલી

REGD. NO. MH 222-1983 G.B.B. S.D.

શ્રી મૂળજીભાઈ ગોપાળજીભાઈ મહેતા પરિવાર (વિરાર) પ્રેરિત બોરીવલી કાર્યાલય  
બોરીવલી કાર્યાલય : ૧૦૧, શ્રીમદ્ ગોકુલ, અનિલભાઈ દેસાઈ રોડ, મંડપેશ્વર સિવીક ફેડરેશન (MCF) થી આગળ,  
બોરીવલી (વેસ્ટ), મુંબઈ - ૪૦૦ ૦૯૨. ફોન : (૦૨૨) ૨૮૯૦ ૮૯૯૪  
E-mail : sgdss1983@gmail.com / Website : www.gohilwadsangh.org

કે.ટી. પરિવાર (વસઈ) પ્રેરિત કે.ટી. વાડી  
વસઈ કાર્યાલય : કે.ટી. વાડી, હોલી પેરેડાઈઝ સ્કૂલની બાજુમાં, કે.ટી.વિલેજ, વસઈ (વેસ્ટ), પાલઘર - ૪૦૧ ૨૦૨. ફોન: (૦૨૫૦) ૨૩૩ ૧૯૨૮  
સંચાલીત

**સ્વર્ગસ્થ. શ્રી. જશવંતરાય મુળજીભાઈ મહેતા**

**પ્રેરિત**

**કન્યા તથા મહિલા વિકાસ યોજના**

**અરજી પત્રક**

ફોર્મ નં. \_\_\_\_\_

તારીખ \_\_\_\_\_

સભાસદનું પૂરું નામ \_\_\_\_\_ સભાસદ નંબર \_\_\_\_\_

અરજ દારનું નામ કન્યા / સ્ત્રી \_\_\_\_\_

દારનું સરનામું \_\_\_\_\_

દારનો ટેલીફોન નંબર \_\_\_\_\_ મોબાઈલ નં. \_\_\_\_\_

મુળવતન \_\_\_\_\_ તાલુકો \_\_\_\_\_

**કુટુંબમાં કમાનાર વ્યક્તિનાં નામ / ધંધો / નોકરી / આવકની વિગત**

નંબર	નામ	ધંધો / નોકરીની વિગત તથા સરનામું	માસિક આવક

**કન્યા તથા મહિલા-જરૂરત પ્રમાણેની વીગત નીચે પ્રમાણે**

**કુટુંબના અન્ય સભ્યોની વિગત**

નંબર	નામ	ઉંમર	હાલ શું કરે છે	રિમાર્ક્સ સ્કૂલ / કોલેજ માસિક ફી વગેરે

- નિયમો :-**
૧. આ કન્યા તથા મહિલા વિકાસ યોજના ફક્ત સેવાસંઘના સભાસદો પૂરતી મર્યાદિત છે, અને સેવાસંઘના નિયમો મુજબજ તેનો લાભ આપવામાં આવશે.
  ૨. અધુરી વિગત અથવા તો અસત્ય વિગતવાળી અરજી રદ ગણાશે.
  ૩. દર વર્ષે નવી અરજી કરવાની રહેશે

ઉપર જણાવેલ હકિકત સત્ય છે, તેની હું ખાત્રી આપું છું.

તારીખ \_\_\_\_\_

અરજી સ્વિકારનારની સહી/તારીખ

અરજદારની સહી (પાછળ જુઓ)

## સભાસદની નોકરી / ધંધાની સંપૂર્ણ વિગતો

આ અરજી કરનાર શ્રી / શ્રીમતી \_\_\_\_\_ અમારી

ઓફિસમાં / દુકાનમાં \_\_\_\_\_ વર્ષથી નોકરી કરે છે.

તેમનો માસિક પગાર રૂ. \_\_\_\_\_ છે.

ઓફિસ / દુકાનનું સરનામું \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ઓફિસ / દુકાનનો ટેલીફોન નંબર \_\_\_\_\_ મોબાઇલ નંબર \_\_\_\_\_

તારીખ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ઓફિસ / દુકાનના માલિકની સહી / રબર સ્ટેમ્પ

### **: ભલામણ :**

હું શ્રી / શ્રીમતી \_\_\_\_\_ ને \_\_\_\_\_ વર્ષ થી ઓળખું છું તેઓ શ્રી ગોહિલવાડ દશાશ્રીમાળી સેવા સંઘ, બોરીવલીના સભાસદ છે. મારી જાણ મુજબ તેઓએ ભરેલ હકિકત સત્ય છે આ સહાય માટે તેઓ યોગ્ય છે અને તે માટે હું ભલામણ કરું છું

ભલામણ કરનારનું નામ : \_\_\_\_\_

સરનામું \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ટેલીફોન નંબર \_\_\_\_\_

પેટ્રોન / સભાસદ નંબર \_\_\_\_\_

તારીખ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ભલામણ કરનારની સહી

### નીચેની વિગત સંસ્થાએ ભરવાની છે.

શ્રી / શ્રીમતી \_\_\_\_\_ ને કન્યા તથા મહિલા વિકાસ યોજના માટે

તા. \_\_\_\_\_ થી તા. \_\_\_\_\_ સુધી સંસ્થાના નિયમ મુજબ આપવાનું મંજૂર કરેલ છે.

વિશેષ નોંધ :-

તારીખ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ પ્રમુખ / સેક્રેટરી / કન્વીનરની સહી