



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 સિવિક ફેડરેશન (MCF) થી આગળ,
બોરીવલી (વેસ્ટ), મુંબઈ - ૪૦૦ ૦૯૨. ફોન : (૦૨૨) ૨૮૯૦ ૮૯૯૪
E-mail : sgds1983@gmail.com / Website : www.gohilwadsangh.org

કે.ટી. પરિવાર (વસઈ) પ્રેરિત કે.ટી. વાડી

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

સંચાલિત
માતૃશ્રી સ્વ. વીજકુંવર પરમાણંદદાસ જગાણી અને
જુગલદાસ તથા ધીરજલાલ પરમાણંદદાસ જગાણી પ્રેરીત

અનાજ રાહત યોજના

ફોર્મ નં. _____

તારીખ _____

અરજી પત્રક

સભાસદનું પૂરૂ નામ _____ સભાસદ નંબર _____

ઘરનું સરનામું _____

ઘરનો ટેલીફોન નંબર _____ મોબાઈલ નં. _____

મુળવતન _____ તાલુકો _____

કુટુંબમાં કમાનાર વ્યક્તિનાં નામ / ધંધો / નોકરી / આવકની વિગત

નંબર	નામ	ધંધો / નોકરીની વિગત તથા સરનામું	માસિક આવક

કુટુંબના અન્ય સભ્યોની વિગત

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

બીજી અન્ય સંસ્થાઓમાંથી સહાય મળતી હોય તો તેની વિગત	સંસ્થાનું નામ	સરનામું	સહાયની રકમ
૧.			
૨.			

- નિયમો :- ૧. આ અનાજ રાહત 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 અનાજ રાહત યોજના માટે

તા. _____ થી તા. _____ સુધી સંસ્થાના નિયમ મુજબ FULL / HALF અનાજ આપવાનું મંજૂર કરેલ છે.

વિશેષ નોંધ :-

તારીખ _____

_____ પ્રમુખ / સેક્રેટરી / કન્વીનરની સહી