

படிவம்-1

புதுச்சேரி அரசு
மகளிர் மற்றும் குழந்தைகள் மேம்பாட்டுத்துறை
குலவிளக்கு உதவி நலத்திட்டம்

விண்ணப்பப் படிவம்

தாயின்
புகைப்படம்

வட்டாரம் :
கொம்பூன் :
தொகுதி :
கிராமம் :

1. விண்ணப்பதாரரின் பெயர் :
2. வயது :
3. கணவருடைய பெயர் :
4. குடியிருப்பு விலாசம் :

5. புதுச்சேரி யூனியன் பிரதேசத்தில் தொடர்ந்து வசித்த காலம் :

6. மாத வருமானம் (வருவாய்த் துறையினரால் படிவம்-3ல் வழங்கப்பட்ட சான்றிதழ் இணைக்கப்பட வேண்டும்) :

7. குழந்தைகளின் வயது விபரம் : _____ பெயர் _____ வயது _____
1.
2.

8. விண்ணப்பதாரர் மருத்துவ பரிசோதனை செய்யப்பட்ட மருத்துவமனை/ஆரம்ப சுகாதார நிலையம்/துணை சுகாதார நிலையம்/சமுதாய நலவழி நிலையம் ஆகியவற்றின் பெயர் மற்றும் விலாசம் :

9. கருவுற்ற மாதம் மற்றும் எதிர்பார்க்கும் பிரசவ தேதி (சான்றிதழ் இணைப்பில் கண்டுள்ளவாறு இணைக்கப்பட வேண்டும்) :

10. (அ) விண்ணப்பதாரர் ஆதிதிராவிடர்/ பழங்குடி இனத்தவரா? :
(ஆ) ஏனைய பின்தங்கிய இனத்தவரா? :
(இ) ஊனமுற்றவரா? :

மேலே குறிப்பிட்டுள்ள விவரங்கள் அனைத்தும் உண்மையென்றும், அந்த விவரங்கள் தவறு என கண்டுபிடிக்கப்பட்டால் நான் அரசிடமிருந்து பெற்ற உதவித் தொகையை முழுமையாக திரும்பச் செலுத்தி விடுவேன் என்றும் உறுதி கூறுகிறேன்.

இடம் :
தேதி :

விண்ணப்பதாரர் கையொப்பம்/
இடது கை பெருவிரல் ரேகை

குறிப்பு: மனுதாரர் மேற்கண்ட விவரங்கள் அனைத்தும் பூர்த்தி செய்ய வேண்டும். பூர்த்தி செய்யாத பகுதிகள் இருப்பின் விண்ணப்பம் நிராகரிக்கப்படும்.

இணையதள நகல்

படிவம்-2

[விதி 5(2)]

மருத்துவ அதிகாரியின் சான்றிதழ்

திருமதி கணவரின்
பெயர் விலாசம்
..... புதுச்சேரி
பூனியன் பிரதேசத்தில் வசிக்கும் நபர் மாத கர்ப்பமாக இருக்கிறார் என்று சான்று
வழங்குகிறேன்.

இடம் :
தேதி :

மருத்துவ கண்காணிப்பாளர்/
மகப்பேறு மருத்துவமனை மருத்துவ அதிகாரி
ஆரம்ப சுகாதார நிலையம்/ துணை சுகாதார
நிலையம்/
சமுதாய நலவழி மையம்

~ ~ ~ ~ ~

படிவம்-3

[விதி 5(3)]

வருமான சான்றிதழ்

திருமதி
கணவரின் பெயர் புதுச்சேரி
பூனியன் பிரதேசத்தில் (கணவர்/மனைவி இருவரில் ஒருவர்) பிறந்தவர் (அல்லது)
..... ஆண்டுகளுக்கு மேல் புதுச்சேரி பகுதியில் வசிப்பவர் எனவும் ஆண்டு
வருமானம் விண்ணப்பதாரர் மற்றும் அவருடைய கணவருக்கு அனைத்து வகையிலும்
ரூ..... (ரூபாய்
மட்டும்) எனவும் சான்றிதழ் வழங்குகிறேன்.

இடம் :
தேதி :

வருவாய்த்துறை அதிகாரி/
துணை வருவாய்த்துறை அதிகாரி

~ ~ ~ ~ ~

அங்கன்வாடி ஊழியரின் சான்றிதழ்

(அ) இத்திட்டத்தின் கீழ் விண்ணப்பதாரர் இதற்கு : ஆம்/இல்லை
முன் பயனடைந்தவரா?
(ஆ) ஆம் எனில் எந்த ஆண்டு எந்த குழந்தைக்கு/ : வரிசை குழந்தையின் பெயர்
குழந்தைகளுக்கு பயனடைந்தவர் : எண்

இடம் :
தேதி :

அங்கன்வாடி ஊழியரின்
கையொப்பம்
அங்கன்வாடியின் பெயர் :
அங்கன்வாடியின் எண் :