



स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

राज्य.....

जनसंख्या स्थिरता कोष,

गरीबी रेखा के नीचे (बी. पी .एल.) परिवार के लिए |

प्रेरणा प्रोत्साहन योजना हेतु आवेदन-पत्र

सेवा में,

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी

जिला.....

राज्य.....

हितग्राही का नाम श्रीमती पति का नाम.....

हितग्राही का जन्मतिथि.....(आवेदन के समय उम्र 30 वर्ष से अधिक न हो).....

पता- ग्राम:.....विकासखंड.....

जिला.....राज्य.....

बी. पी .एल. क्रमांक.....विवाह की तिथि.....

प्रथम शिशु के जन्म तिथि.....द्वितीय शिशु के जन्म तिथि.....

जीवित संतानों की संख्या- बालक..... बालिका..... योग.....

परिवार नियोजन हेतु स्थायी साधन का विवरण.....

पुरुष नसबंदी (NSV/VT) हाँ/नहीं..... यदि हाँ तो तिथि..... स्थान.....

महिला नसबंदी (TT/LT) हाँ/नहीं.....यदि हाँ तो तिथि..... स्थान.....

हितग्राही महिला का बैंक खाता संख्या.....IFSC Code.....

बैंक का नाम एवं पता.....

मेरे द्वारा दी गई उपरोक्त एवं समस्त जानकारी सत्य हैं | उपरोक्त जानकारी असत्य पाये जाने पर मैं स्वयं जिमेदार रहूँगी |

दिनांक.....

हितग्राही महिला के हस्ताक्षर

पति के हस्ताक्षर

संलग्न:-

1. बी. पी .एल. क्रमांक प्रमाण पत्र
2. हितग्राही महिला के जन्म प्रमाण पत्र
3. विवाह पंजीयन प्रमाण पत्र
4. शिशु के जन्म प्रमाण पत्र
5. पुरुष/ महिला नसबंदी प्रमाण पत्र
6. पास बुक की छाया प्रति