

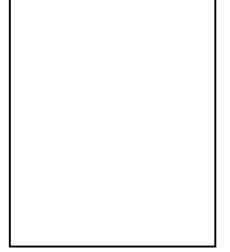


અમદાવાદ મ્યુનિસિપલ કોર્પોરેશન

મ્યુનિસિપલ સેક્રેટરી ઓફીસ

ત્રીજો માળ, સી-બ્લોક, સરદાર પટેલ ભવન, દાણાપીઠ, અમદાવાદ-૩૮૦૦૦૧.

પૂર્વ મ્યુનિસિપલ કાઉન્સિલરશ્રીના વૈદકિય સારવારનું કાર્ડ મેળવવા માટેનું અરજી ફોર્મ



મ્યુનિસિપલ સેક્રેટરીશ્રી,

હું સને ૨૦..... થી ૨૦..... દરમિયાનઝોનના વોર્ડમાંથી મ્યુનિસિપલ કાઉન્સિલર તરીકે ચૂંટાયેલ હતો. મ્યુનિસિપલ કોર્પોરેશન ઠરાવ નંબર ૬૫૨, તા.૨૨.૧.૨૦૦૨ થી નકકી થયેલ નીતિ અનુસાર મ્યુનિસિપલ કોર્પોરેશન સંચાલિત હોસ્પિટલ તથા દવાખાનામાં ઇન્ડોર પેશન્ટ તરીકે દાખલ થયે નિઃશુલ્ક વૈદકિય સારવાર માટેનું હેલ્થ કાર્ડ મેળવવા અરજી આપું છું. મારી પુરી માહિતી નીચે મુજબ છે.

૧.	નામ		
૨.	સરનામું		
		મોબાઇલ નંબર	ટેલીફોન નંબર
૩.	હોદ્દો	પૂર્વ મ્યુનિસિપલ કાઉન્સિલર	

કુટુંબની વ્યાખ્યા

પૂર્વ મ્યુનિસિપલ કાઉન્સિલરના પતિ-પત્ની, આશ્રિત માતા-પિતા, અપરણિત પુત્ર-પુત્રી કે જેમની માસિક આવક રૂ.૨૫૦/- થી વધતી ન હોય અને જેઓ અરજદાર સાથે હાલમાં રહેતા હોય અને બધી રીતે તેમના આશ્રિત હોય તેઓનો આશ્રિતમાં સમાવેશ થાય છે.

⇒ કુટુંબની ઉપર મુજબ નિયત થયેલ વ્યાખ્યા મુજબ મારી સાથે રહેતા મારા કુટુંબની/ આશ્રિતની વિગતો નીચે મુજબ છે.

ક્રમ	નામ	જન્મતારીખ	ઉંમર	સંબંધ	સંતાનોના કિસ્સામાં વૈવાહિક દરજ્જો
૧					
૨					
૩					
૪					
૫					
૬					
૭					

ઉપરોક્ત વિગતો ધ્યાનમાં લઈ મને વૈદકિય સારવાર કાર્ડ ઇસ્યુ કરી આપવા વિનંતી છે.

તા. / /૨૦૨

અરજદારની સહી

સૂચનાઓ : (૧) આશ્રિતના નામ હેલ્થકાર્ડમાં દાખલ કરવામાં સરળતા રહે તે સારૂ અરજી સાથે રેશનીંગ કાર્ડ/મતદાર યાદી સહિતના માન્ય પુરાવાની નકલ રજૂ કરવાની રહેશે.

(૨) અરજી સાથે તાજેતરના બે સ્ટેમ્પ સાઇઝના ફોટા આપવાના રહેશે.

(૩) અગાઉ વૈદકિય સારવાર માટેનું હેલ્થ કાર્ડને જે ઇસ્યુ કરવામાં આવેલ છે તે પરત જમા કરાવવાનું રહેશે.