

શ્રી ચારગામ

દશા પોરવાડ મહામંડળ

C/o. ભરત કે. શેઠ, ડી-૩, પુષ્પમ બિલ્ડિંગ, સેંટ જેવિયર્સ કોલેજ કોર્નર, નવરંગપુરા, અમદાવાદ -૩૮૦ ૦૦૯.



Shree Chargam

Dasha Porwad Mahamandal

C/o. Bharat K. Sheth, D-3, Pushpam Building, St. Xavier's College Corner, Navrangpura, Ahmedabad-380 009.

Ph: +91-79-26421313 | (M) +91-9825034767 | E-mail : contact@chargam.org | Website : www.chargam.org

માનનીય મે. કમીટી મેમ્બરશ્રી

નીચે જણાવેલ પ્રમાણે માહિતી દરેક જરૂરિયાત મંદ કુટુંબ પાસેથી મંગાવવાની છે. જે સહાય આપતા પહેલા આપણાં રેકોર્ડ માટે ખાસ જરૂરી છે.

ભરત શેઠ

માનનીય સભ્યશ્રી,

આપણે મહામંડળમાં શૈક્ષણિક, મેડિકલ, સામાજિક, મેડિકલ ઇન્સોરન્સ વિગેરે વિવિધ યોજનાઓ માટે વિચારણા કરી રહ્યા છીએ. આપણું ફંડ મર્યાદિત છે. આપણે જરૂરિયાતમંદ કુટુંબોને મદદ કરવી છે. આ માટે આપણે સભ્યો પાસેથી સર્વે કરીને નીચેની વિગત મેળવવાનું નક્કી કરેલું છે. તો આપશ્રી આ ફોર્મમાં વિગત ભરીને મોકલાવી આપશો.

શૈક્ષણિક ક્ષેત્રે વધુ અભ્યાસ માટે બેંકોમાંથી લોન લેતા વિદ્યાર્થીઓ / કુટુંબોને બેંક લોન ઉપર સબસીડી આપવાની યોજના બનાવેલ છે. આ માટે જે કુટુંબની વાર્ષિક આવક રૂા. ૪,૫૦,૦૦૦ થી ૧૦,૦૦,૦૦૦ સુધીની હોય તેવાં કુટુંબોને આ લાભ મળી શકશે તેથી જો આપના કુટુંબોમાં આવી વ્યક્તિઓ અભ્યાસ કરી રહી હોય અથવા આગામી વર્ષોમાં એડમીશન લે તેવી શક્યતા હોય તો તે અંગે પણ માહિતી આપશો તો યોગ્ય થશે.

- કુટુંબમાં કમાતી વ્યક્તિઓની વાર્ષિક આવક

ક્રમ	નામ	વાર્ષિક આવક
૧		
૨		
૩		

સભાસદ વ્યક્તિનું નામ : -----

સરનામું : -----

૧. કુટુંબની વાર્ષિક રૂા. ----- કોટુંબિક આવક છે.
૨. અન્ય આવકમાં - પેન્શન, ડીવીડન્ડ, વ્યાજ, ભાડા વિગેરેની આવક હોય તો દર્શાવવી.
૩. વિધવા કે વિધુર વ્યક્તિ જો કોઈ પુત્ર સાથે રહેતા હોય તો પુત્રની આવક તથા અન્ય કુટુંબીજનોની આવક દર્શાવવી.
૪. અધુરું ભરાયેલ કે ખોટી માહિતી દર્શાવેલ ફોર્મ સ્વીકારવામાં આવશે નહીં અને સહાય ફક્ત સભાસદ પરિવારને જ મળશે.
૫. વાર્ષિક આવકના દાખલા અવશ્ય સાથે આપવા.
૬. આ ફોર્મમાં એક જ ઘરમાં રહેતા કુટુંબીજનોના સમૂહને કુટુંબ તરીકે ગણવું.
૭. બહાર પરણાવેલી યુવતીએ પોતાના સાસુ-સસરાના નામ લખવા નહીં. ઉપરાંત બહાર પરણાવેલી દીકરી હયાત હોય તો જ ફોર્મ ભરવું.
૮. જો અન્ય કોઈપણ ટ્રસ્ટ પાસેથી સહાય લો છો ? લેતા હો તો તેની સંપૂર્ણ વિગત નીચે લખવી જરૂરી છે.

નં.	ટ્રસ્ટનું નામ	શા માટે	રકમ રૂા.
૧			
૨			
૩			

મેડિકલ સહાય (કુટુંબમાં લીધેલ મેડિકલની વિગત)

સભાસદનું નામ :				
નામ	ઈન્સોરન્સ કંપનીનું નામ	ઈન્સોરન્સ ની રકમ	પ્રિમીયમની રકમ	અન્ય વિગત

આથી હું ખાત્રી આપું છું કે ઉપર જણાવેલી બધી જ વિગતો સંપૂર્ણપણે સાચી છે.

તારીખ: _____

સભાસદની સહી : _____

હું અરજદાર તથા તેના કુટુંબીજનોને ઓળખું છું. તેઓની આર્થિક પરિસ્થિતિથી હું વાફેક છું અને તેઓ સહાય માટેની અરજી કરવાને પાત્ર છે, તેની હું ભલામણ કરું છું.

ભલામણ કરનાર કારોબારી મેમ્બરનું નામ : -----

સરનામું : -----

ફોન નં. : ----- મો. : -----

ઓફીસ કામકાજ માટે