



દિગંબર જૈન કુટુંબ સુરક્ષા યોજના

૬, હરિઓમ એપાર્ટમેન્ટ, રમણનગર, મણિનગર, અમદાવાદ-૮. ફોન : ૯૯૭૮૪૦૨૧૦૨

E-mail : djksy97@gmail.com • www.djksy.org

“ગાંધી ચંપકલાલ કચરાલાલ (લાકરોડા) પાલક માતા-પિતા યોજના (૨૦૨૧)” (માંદગીથી કમાવવાની ક્ષમતા ગુમાવતા સભ્ય માટે)

એપ્લીકેશન નંબર :

એપ્લીકેશન ફોર્મ

તારીખ :

- (૧) કમાઉ સભ્યનું નામ : _____ FFS No. : _____
- (૨) માંદગીનો પ્રકાર : ☐ લાંબા સમય માટે કોમામાં જવું.
(આપને થયેલ માંદગી ઉપર ✓ કરવું) ☐ શરીરનું અડધું અંગ લકવાગ્રસ્ત થવું.
☐ શરીરના મુખ્ય અંગ જેમ કે આંખ, હાથ કે પગ ગુમાવવા.
☐ સંપૂર્ણ માનસિક સંતુલન ગુમાવવું
☐ અન્ય રોગ _____
- (૩) સભ્યનું સરનામું : _____
_____ મોબાઈલ નંબર :
- (૪) સંસ્થા તરફથી મળેલ કલેઈમ : _____
- (૫) અન્ય સ્ત્રોતથી થતી વાર્ષિક આવક : રૂ. _____
- (૬) સૌથી મોટા પુત્ર/પુત્રી નું નામ : (એપ્લીકન્ટ) _____
જન્મ તારીખ : _____ ઉંમર : _____ (૧૮ વર્ષથી ઓછી હોવી જોઈએ)
ચાલુ અભ્યાસની વિગત : _____
સ્કૂલનું નામ : _____
- (૭) અન્ય બાળકોના નામ : _____ વાર્ષિક ફી : _____ (આશરે)
: _____ ઉંમર : _____
: _____ ઉંમર : _____
: _____ ઉંમર : _____
- (૮) એપ્લીકન્ટની બેંકની વિગત : _____
બેંકનું નામ : _____
એકાઉન્ટ નંબર : IFSC Code
- એપ્લીકન્ટની સહી : _____ વાલીની સહી : _____
એપ્લીકન્ટની નામ : _____ વાલીનું નામ : _____

- નિર્દેશ : ૧) માંદગીના જરૂરી કાગળની ઝેરોક્ષ કોપી
૨) સભ્યના સભ્યપદના સર્ટિફિકેટની ઝેરોક્ષ
૩) એપ્લીકન્ટની જન્મતારીખનો પુરાવો
૪) છેલ્લા વર્ષના અભ્યાસના રીઝલ્ટની કોપી
૫) બેંક એકાઉન્ટનો કેન્સલ ચેક

ખાસ નોંધ : આ યોજના અંગે નક્કી કરેલ કમીટીનો નિર્ણય અંતિમ ગણાશે અને દરેકને માન્ય રહેશે.

For Office use only

Application No. : _____

Application of Mr./Miss..... accepted /
rejected under this scheme & his/her amount Rs. per month from Date
..... to Date approve (No Payment will be given after age 18.)

(Approved by DJKSY)

(Approved by Committee)

PAYMENT DETAIL

Sr. No.	Date	Bank Name	Chq. No.	Amount
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				