



# શ્રી પંચોલી સુથાર સમાજ સેવા ટ્રસ્ટ

SHREE PANCHOLI SUTHAR SAMAJ SEVA TRUST  
(સમસ્ત સુથાર સમાજ)

૧૭, મધુવન પાર્ક, પારસમણ ફ્લેટ પાછળ, દક્ષિણી સોસાયટી, મણીનગર, અમદાવાદ-૩૮૦૦૦૮  
મો. ૯૪૨૮૬ ૧૦૦૪૬, ૯૦૧૬૭ ૯૫૯૫૨, ૯૪૨૭૫ ૨૬૫૨૭

REGD NO :: A/4757/AHMEDABAD

E-mail : pancholissst2019@gmail.com

Photo

**સામાજિક સુરક્ષા યોજના**

**સભાસદ નંબર**

સભાસદ થવા માટેનું અરજી પત્રક

૧. અરજદારનું પુરૂ નામ : \_\_\_\_\_

અંગ્રેજીમાં નામ : \_\_\_\_\_

૨. પિતા / પતિનું પુરૂ નામ : \_\_\_\_\_

૩. જન્મ તારીખ : \_\_\_\_\_ ઉંમર : \_\_\_\_\_ વર્ષ : \_\_\_\_\_ માસ પુરૂષ - સ્ત્રી

૪. અરજદારનું મૂળ પતન : \_\_\_\_\_ તાલુકો : \_\_\_\_\_ જિલ્લો : \_\_\_\_\_

૫. અરજદારનું હાલનું સરનામું : \_\_\_\_\_

ફોન નંબર : ઓફિસ : \_\_\_\_\_ ઘર : \_\_\_\_\_ મો. : \_\_\_\_\_

MAIL ID : \_\_\_\_\_

૬. અરજદારનો વ્યવસાય : \_\_\_\_\_ ૭. સ્ત્રી અરજદારના પિયરનું ગામ : \_\_\_\_\_

૮. શૈક્ષણિક લાયકાત : \_\_\_\_\_

૯. અરજદારના કુટુંબમાંથી સભ્ય થયા હોય તેની વિગત :

| નામ      | સભાસદ નંબર | સબંધ  |
|----------|------------|-------|
| ૧. _____ | _____      | _____ |
| ૨. _____ | _____      | _____ |
| ૩. _____ | _____      | _____ |

૯. અરજદારના વારસદારનું નામ અને તેમની સાથેનો સબંધ :

| નામ      | ટકાવારી |
|----------|---------|
| ૧. _____ | _____   |
| ૨. _____ | _____   |
| ૩. _____ | _____   |

નોંધ : એક કરતા વધુ વારસદારોના નામ હોય તો રકમની વહેંચણીની ટકાવારી લખવી જો કોઈપણ જાતનો ઉલ્લેખ કરેલો નહીં હોય તો તમામ રકમ પ્રથમ વારસદારને ચુકવવામાં આવશે.

હું શ્રી / શ્રીમતી \_\_\_\_\_ રહેવાસી \_\_\_\_\_

આથી જણાવું છું કે, “શ્રી પંચોલી સુથાર સમાજ સેવા ટ્રસ્ટ”, અમદાવાદ બંધારણના નિતિ નિયમોં મેં વાંચ્યા છે, અને તે મુજબ વર્તવા હું ખાત્રી આપું છું. તેમજ આ બંધારણમાં ભવિષ્યમાં જે કંઈ ફેરફાર ટ્રસ્ટ તરફથી કરવામાં આવશે તે તમામ મને બંધનકર્તા રહેશે. તો મારી સભાસદ તરીકે દાખલ થવાની અરજીને ધ્યાનમાં લઈ મને “સામાજિક સુરક્ષા યોજના” માં સભ્ય તરીકે દાખલ કરવા માટે નમ્ર વિનંતી છે.

અરજદારની સહી

**-: સોગંદનામું :-**

આથી હું \_\_\_\_\_ રહેવાસી \_\_\_\_\_

મારા ધર્મના સોગંદપૂર્વક જાહેર કરું છું કે, આજ રોજ મને શારીરિક રીતે ગંભીર કોઈ જ બિમારી નથી. હું મારી કોઈ ગંભીર બિમારીના કારણે આપણી આ સામાજિક સુરક્ષા યોજનામાં સભ્ય થતો / થતી નથી, અને મારી જન્મ તારીખ \_\_\_\_\_ સાચી છે. મારી તંદુરસ્તી સારી જ છે, તેમ હું જાહેર કરું છું, અને આપણી આ સામાજિક સુરક્ષા યોજના ના હિતમાં સહકાર આપીશ. ઉપરોક્ત સોગંદનામું મેં સમજી વિચારી, બિન કેફીયત હાલતમાં કરેલ છે. તેની ખાત્રી આપું છું.

સ્થળ :

તારીખ :

અરજદારની સહી

નોંધ : ઉંમરના પુરાવા માટે એલ.સી. ડ્રાઇવીંગ લાયસન્સ પાસપોર્ટ અથવા આધાર કાર્ડની ઝેરોક્ષ માન્ય રહેશે.

| ક્રમ | ઓળખાણ આપનાર તથા સાક્ષીનું નામ | ગામ | સહી |
|------|-------------------------------|-----|-----|
| ૧    |                               |     |     |
| ૨    |                               |     |     |

| ઓળખાણ આપનાર તથા સાક્ષીનું નામ | ગામ | સહી |
|-------------------------------|-----|-----|
|                               |     |     |

સભાસદ નંબર \_\_\_\_\_ ઓફિસના ઉપયોગ માટે દાખલ તારીખ : \_\_\_\_\_  
સભાસદ ફી રૂા. \_\_\_\_\_ પાવતી નંબર : \_\_\_\_\_ તારીખ : \_\_\_\_\_

પ્રમુખ મંત્રીની સહી