



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)”

Application No. :

એપ્લિકેશન ફોર્મ

તારીખ :

(૧) મૃત્યુ પામનાર પિતા/માતાનું નામ : (કમાઉ સભ્ય) _____

(૨) દિ.જે.કુ.સુ. યોજનાનો સભ્ય નંબર : _____

(૩) મૃત્યુની તારીખ : _____

(૪) સરનામું : _____

મોબાઇલ નંબર :

(૫) મૃત્યુ કલેઈમ સામે મળેલ રકમ : _____

(૬) ફેમીલ પેન્સન (જો હોય તો) : _____

(૭) અન્ય સ્ત્રોતથી થતી આવક : રૂ. _____ (પ્રતિ વર્ષ આશરે)

(૮) સૌથી મોટા પુત્ર/પુત્રી નું નામ : (Applicant) _____

જન્મ તારીખ : _____ ઉંમર : _____

ચાલુ અભ્યાસની વિગત : _____

સ્કૂલનું નામ : _____

સ્કૂલની વાર્ષિક ફી : _____

(૯) અન્ય બાળકોના નામ : _____ ઉંમર : _____

_____ ઉંમર : _____

(૧૦) એપ્લિકન્ટની બેંકની વિગત : _____

બેંકનું નામ : _____

એકાઉન્ટ નંબર : IFSC Code

એપ્લિકન્ટની સહી : _____ વાલીની સહી : _____

એપ્લિકન્ટનીનું નામ : _____ વાલીનું નામ : _____

ઝિડાણ : ૧) સભ્યનું ડેથ સર્ટિફિકેટ

૨) એપ્લિકન્ટની જન્મતારીખનો પુરાવો

૩) બેંક એકાઉન્ટનો કેન્સલ ચેક

૪) છેલ્લા વર્ષના અભ્યાસના રીઝલ્ટની કોપી

PS : આ યોજનાના તમામ નિયમો અમોએ વાંચેલ છે, જે અમોને મંજૂર છે.

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				