



NATIONAL RURAL HEALTH MISSION

आशा सहयोगिनी प्रस्ताव फार्म

फोटो का स्थान
साईज

प्रस्तावित आशा का नाम

पिता/पति का नाम जाति उम्र वर्ष

जन्म तिथि

आधार कार्ड नम्बर भामाशाह नम्बर

शैक्षणिक योग्यता:-

क्रम संख्या	उत्तीर्ण परीक्षा	बोर्ड/विश्वविद्यालय	वर्ष	प्रतिशत

बैंक खाता नम्बर बैंक का नाम शाखा

स्थायी पता:- राजस्व ग्राम ग्राम पंचायत पंचायत समिति
..... तहसील जिला मों नम्बर

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र

वैवाहिक स्थिति :- विवाहित/अविवाहित

जाति (अजा/जजा/OBC/सामान्य/अल्पसंख्यक)

दिनांक

-: घोषणा :-

मैं घोषणा करती हूँ कि उपरोक्त सूचनाएं सही हैं इसमें किसी प्रकार का तथ्य छिपाया नहीं है सम्बन्धित मूल दस्तावेज विभाग द्वारा मांगने पर प्रस्तुत कर दिये जायेंगे।

सलंगन दस्तावेज की सूची:-

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

आवेदक के हस्ताक्षर

(ANM) (प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र अधिकारी)

(ब्लॉक मुख्य चिकित्सा अधिकारी)

ग्राम पंचायत का प्रमाण पत्र

ग्राम पंचायत की ग्राम सभा बैठक में दिनांक के

प्रस्ताव संख्या के द्वारा प्राथमिक स्वास्थ्य

केन्द्र के लिए श्रीमति

पत्नि श्री जाति

निवासी का चयन आशा सहयोगिनी जो कि

ग्रामीण क्षेत्र की महिलाओं का सरकारी अस्पताल में सुरक्षित प्रसव के लिए प्रेरित

करेगी तथा प्रसव अस्पताल में करवाने के साथ ही ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत

कार्य करेगी। उक्त महिला का चयन पंचायत की ओर से सर्व सहमति से करने की

अनुर्षशा करके प्रस्ताव पारित किया जाता है। तथा इसके अलावा दुसरी कोई

महिला इस कार्य के लिए इच्छुक नहीं है।

ग्रामसेवक पदेन सचिव

सरपंच



NATIONAL RURAL HEALTH MISSION

आशा सहयोगिनी प्रस्ताव फार्म

फोटो पासपोर्ट
साईज

प्रस्तावित आशा का नाम

पिता/पति का नाम जाति उम्र वर्ष

जन्म तिथि

आधार कार्ड नम्बर भामाशाह नम्बर

शैक्षणिक योग्याता:-

क्रम संख्या	उत्तीर्ण परीक्षा	बोर्ड/विश्वविद्यालय	वर्ष	प्रतिशत

बैंक खाता नम्बर बैंक का नाम शाखा

स्थायी पता:- राजस्व ग्राम ग्राम पंचायत पंचायत समिति ...
..... तहसील जिला पो. नम्बर

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र

वैवाहिक स्थिति :- विवाहित/अविवाहित

जाति (अजा/जजा/OBC/सामान्य/अल्पसंख्यक)

दिनांक

-: घोषणा :-

मैं घोषणा करती हूँ कि उपरोक्त सूचनाएँ सही हैं इसमें किसी प्रकार का तथ्य छिपाया नहीं है सम्बन्धित मूल दस्तावेज विभाग द्वारा मांगने पर प्रस्तुत कर दिये जायेंगे।

सलंगन दस्तावेज की सूची:-

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

आवेदक के हस्ताक्षर

(ANM)

(प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र अधिकारी)

(ब्लॉक मुख्य चिकित्सा अधिकारी)