



NATIONAL RURAL HEALTH MISSION

आशा सहयोगिनी प्रस्ताव फॉर्म

आवेदनकर्ता
फोटो

प्रस्तावित आशा का नाम.....

पिता / पति का नाम..... जाति..... उम्र..... वर्ष
जन्मतिथि.....

आधार नंबर..... जन आधार नंबर.....

शैक्षणिक योग्यता:-

क्रमांक संख्या	उत्तीर्ण परीक्षा	बोर्ड विश्वविद्यालय	वर्ष	प्रतिशत

बैंक खाता नंबर..... बैंक का नाम..... शाखा.....

स्थाई पता:- राजस्व ग्राम..... ग्राम पंचायत..... पंचायत समिति
..... तहसील..... जिला..... मोबाइल नंबर.....
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र.....

वैवाहिक स्थिति:- विवाहित/अविवाहित

जाति..... (अन्य पिछड़ा वर्ग, अनुसूचित जाति जनजाति सामान्य. अल्पसंख्यक)
दिनांक.....

घोषणा

मैंघोषणा करती हूं कि उपरोक्त सूचना सही है इसमें किसी प्रकार का तथ्य छिपाया नहीं है संबंधित मूल दस्तावेज विभाग द्वारा मांगने पर प्रस्तुत कर दिए जायेंगे
सलंगन दस्तावेज की सूची

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर

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

(ANM)

(प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र 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 केंद्र..... के लिए श्रीमतीपत्नी श्री..... जाति निवासी का चयन आशा सहयोगिनी जो कि ग्रामीण क्षेत्र की महिलाओं का सरकारी अस्पताल में सुरक्षित प्रसव के लिए प्रसव अस्पताल में करवाने के साथ ही ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत कार्य करेगी उक्त महिला का चयन पंचायत की ओर से सर्व सहमती से करने की अनूषणा करके प्रस्ताव पारित किया जाता है तथा इसके अलावा दूसरी कोई महिला इस कार्य के लिए इच्छुक नहीं है

ग्रामसेवक पदेन सचिव

सरपंच