

बलाई समाज

प्रान्तीय युवा बलाई समाज कल्याण संघ समिति

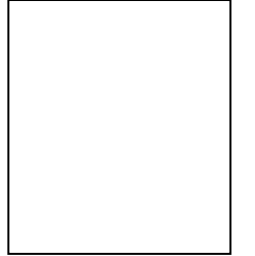
मध्यप्रदेश, भोपाल

कार्यालय: डी/55, शास्त्री नगर, साई मंदिर के पास, भोपाल-462003(म.प्र.) मो.: 9770040011

क्रमांक:.....

पंजीयन दिनांक :

सदस्यता-फार्म



नाम(श्री/सुश्री)पिता /पति का नाम

जन्मतिथि

शैक्षणिक योग्यता

अन्य योग्यता

स्वयं का गौत्रमामा का गौत्र

पिता के मामा का गौत्रमाता के मामा का गौत्र.....

ब्लड ग्रुप क्या रक्तदान करना चाहते हैं- हाँ ☐ / नहीं ☐

आधार नम्बरमतदाता क्रं.....

गरीबी रेखा धारक हो तो बीपीएल सर्वे क्रमांक

आय का स्रोत - नौकरी ☐ / व्यापार ☐ / बेरोजगार ☐ / अध्ययनरत् ☐

मासिक आय -.....

कार्यस्थल का पता

पद अन्य कोई योग्यता-.....

निवास (घर) स्वयं का है ☐ / किराये का है ☐ / पारिवारिक / पैतृक है. ☐वैवाहिक स्थिति (1) विवाहित ☐ (2) अविवाहित ☐ (3) तलाकशुदा ☐ (4) विधुर ☐शारीरिक स्थिति- निरोगी स्वस्थ ☐ / विकलांग ☐ / मांगलिक ☐

वर्तमान पता -.....

म.न. मोहल्ला -..... कालोनी.....

गाँव/शहर जिला राज्य पिनकोड.....

क्षेत्रीय थाना -..... क्षेत्रीय पार्षद/सरपंच/विधायक का नाम

वर्तमान पते पर निवास की अवधि

स्थायी पता —.....

म.न.मोहल्ला —.....कालोनी.....

गाँव/शहरजिलाराज्यपिनकोड.....

क्षेत्रीय थाना —.....क्षेत्रीय पार्षद/सरपंच/विधायक का नाम

धर्म—.....वर्गनागरिकता

स्वयं का मोबाईल नम्बर (1)..... (2).....

इमेल आई डी.....

यह जानकारी किसके द्वारा दी गई है।

परिवार के सदस्यों की संख्या (विवरण दीजिये)

क्र.	नाम	जन्मतिथि	लिंग	शिक्षा	आय का स्रोत	रिश्ता	विकलांग होने की दशा
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							

// घोषणा —पत्र एवं सत्यापन//

यह घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे निजी ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार उपर दी गई जानकारी पूर्णतः सत्य व सही है। यदि मेरे द्वारा दी गई जानकारी किसी भी प्रकार से गलत पाई जाती है तो इसमें संस्था का कोई दोष नहीं होगा। मैं संस्था के सारे नियम व शर्तों का पालन हेतु वचनबद्ध रहूँगा/रहूँगी।

हस्ताक्षर

आवेदक एवं जानकारी दाता

नाम

मो. नं.