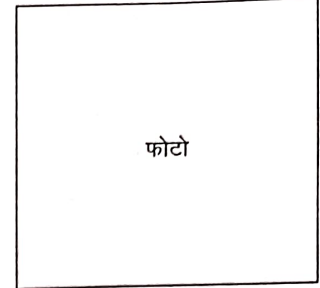


राजस्थान सरकार
नारी निकेतन, नान्ता कोटा
सामाजिक न्याय एवं अधिकारिता विभाग
विवाह प्रस्ताव फार्म

सेवा में ,

अधीक्षक,
नारी निकेतन,
सामाजिक न्याय एवं अधिकारिता विभाग,
नान्ता, कोटा।



1. प्रार्थी का नाम एवं पूर्ण पता (साफ अक्षरों में)
2. आयु
3. क्या अविवाहित/तलाकशुदा/विधुर है ?
- (क) विधुर की स्थिति में पहली पत्नी की मृत्यु की दिनांक
- मृत्यु का कारण (मृत्यु प्रमाण पत्र संलग्न करें)
- जीवित बच्चों की संख्या एवं विवरण
- (ख) यदि तलाकशुदा है तो क्या कानूनन तलाक प्राप्त
- कर लिया है? (प्रमाण पत्र संलग्न करें)
4. माता पिता का नाम एवं पूर्ण पता
5. भाई बहिन के नाम एवं निकट संबंधियों
- के नाम एवं पता
6. जाति / धर्म
7. शैक्षणिक योग्यता
8. व्यवसाय/नौकरी का विवरण
9. मासिक एवं वार्षिक आय
10. चल व अचल सम्पत्ति का विवरण यदि कोई हो तो.....
11. यदि बीमा करवाया है तो उसका विवरण

12. प्रार्थी पर आश्रितो का विवरण
13. दो प्रमुख व जिम्मेदार व्यक्तियों के नाम व पते
- (जो प्रार्थी को जानते हो)
14. लडकी को चयन करते समय यदि आपकी कोई शर्त हो
- जिसे ध्यान में रखा जावे यहां लिखे
15. स्वास्थ्य प्रमाण पत्र जिसमें जन्म तिथि व
- वैवाहिक योग्यता का उल्लेख
16. फार्म के साथ सलग्न प्रमाण पत्रों की सूची (स्व प्रमाणित) सही का मार्क लगावे
- | | |
|--|-----|
| 1. फार्म की दूसरी सत्यापित प्रतिलिपि मय फोटो | () |
| 2. चरित्र प्रमाण पत्र (दो राजपत्रित अधिकारियों के) | () |
| 3. वार्षिक आय प्रमाण पत्र | () |
| 4. स्वास्थ्य प्रमाण पत्र जिसमें आयु तथा वैवाहिक योग्यता का उल्लेख हो | () |
| 5. एच0 आई0वी0 जांच रिपोर्ट / हैपेटाईटिस –बी | () |
| 6. पुलिस प्रमाण पत्र | () |
| 7. आयु एवं जन्म प्रमाण पत्र | () |
| 8. शैक्षणिक योग्यता से संबंधित प्रमाण पत्र | () |
| 9. मोबाइल नम्बर | () |
| 10. मूल निवास प्रमाण पत्र | |

प्रार्थी के हस्ताक्षर मय नाम व पता

मैं प्रमाणित करता हूँ कि जहाँ तक मेरी जानकारी व विश्वास है, उपर्युक्त तथ्य सत्य लिखाये गये हैं। मेरा निवेदन है कि मेरा विवाह नारी निकेतन की किसी उपर्युक्त आवासनी से कराने की स्वीकृति शीघ्र करें।

मैं विश्वास दिलाता हूँ कि जैसे ही मेरा विवाह स्वीकृत हो जावेगा उसी समय रु 5000/- (अक्षरे पांच हजार रूपये मात्र) की धरोहर राशि नारी निकेतन की प्रभारी अधिकारी के पास जब भी आदेश होंगे तभी जमा करा दूंगा जो विवाह के पश्चात मेरी पत्नी की सम्पत्ति होगी तथा उक्त राशि को प्राप्त करने की वही अधिकारिणी होगी।

दिनांक

प्रार्थी के हस्ताक्षर मय नाम व पता

DEPARTMENT OF FORENSIC MEDICINE, MBS HOSPITAL KOTA

Medical Examination Certificate for Marriage

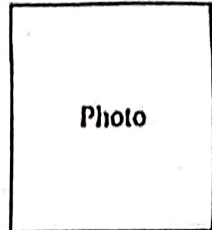
D.No., Date

Name S/O

Age R/o

MI 1)..... Adhnr No.....

2).....



Signature of candidate

A) Physical Examination- HeightCM WeightKg

CNS.....

BP.....mmHg Pulse/Min. Resp. rate

CBC Urine..... X ray B. Sugar.....

HIV HBsAg..... Anti HBc Semen

B) Examination of Genitalia- Penis

Scrotum

Cremasteric /Scrotal reflex

Any abnormality

C) Any chronic / Acute Illness

D) Psychological Examination

Any Remark

Opinion-

Signature of Doctor with Seal

Candidate's statement and Declaration

उम्मीदवार का घोषणापत्र

उम्मीदवारों को अपने मेडिकल परीक्षण से पहले निम्नलिखित विवरण देना है और घोषणा पत्र पूरा भर के हस्ताक्षर करना है।

उम्मीदवार का पूरा नाम	
आधार संख्या / मोबाइल न.	
जन्म तिथि	
संक्रामक बीमारी कोई हुई हो अथवा 7 दिन से अधिक अस्पताल में भर्ती रहा हो।	
पूर्व में कोई सर्जरी हुई हो या दुर्घटना जिसके कारण अक्षमता आई हो।	
अंतिम टीका कब लगवाया गया था।	
अस्थिमा, एपिलेप्सी या अन्य कोई बीमारी हो	
क्या पूर्व में कार्य कि अधिकता या अन्य कारण से घबराहट/ बेचैनी से पीड़ित रहे हो।	
क्या आपको पूर्व में चिकित्सा अधिकारी / मेडिकल बोर्ड द्वारा किसी भी सेवा के लिए अयोग्य घोषित किया गया है।	
पिता की आयु और स्वास्थ्य	
माता की आयु और स्वास्थ्य	
भाई बहन की आयु और स्वास्थ्य	

मैं घोषणा करता हू कि मेरे द्वारा दी गई उपरोक्त सभी जानकारी मेरे विश्वास के अनुसार सही और सत्य है। मैंने यह भी पूरी तरह से पुष्टि की है कि मुझे किसी भी बीमारी या अन्य स्थितियों के कारण विकलांगता प्रमाण पत्र ना तो मिला / ना मैं अयोग्य घोषित किया गया/ गयी हूँ।

.....
उम्मीदवार के हस्ताक्षर

.....
- Signed in presence of Medical Jurist

Signature of Medical jurist