

मुख्यमंत्री कन्यादान योजनान्तर्गत जाँच प्रतिवेदन(प्रारूप)

जाँचकर्ता अधिकारी का नाम.....

पदनाम.....

जाँच का दिनांक-.....

1- आवेदिका का नाम:-.....

2- निवास का पूर्ण पता:-

3- आवेदिका के पिता का नाम:-.....

माता का नाम:-.....

माता/ पिता के न होने पर अभिभावक का नाम:-.....

4- निवास का पूर्ण पता:-

5- जन्म तिथि/ आयु:-

कन्या- दिनांक माह वर्ष विवाह दिनांक के
दिन आयु

वर- दिनांक माह वर्ष विवाह दिनांक के
दिन आयु

6- आवेदक परिवार के आय के स्रोत और वार्षिक आय:-.....

7- परिवार बी०पी०एल० श्रेणी में आता है तो वार्ड क्रमांक व दिनांक:-.....

8- आवेदिका विधवा/परित्यक्ता श्रेणी की है तो उसका विवरण:-.....

जाँच अधिकारी की टीम:-

(अ)- जाँच अधिकारी का विवाह के सम्बन्ध में जिसमे कन्या/ वर की निर्धारित आयु पूर्ण कर ली है अथवा नहीं/
कन्या बी०पी०एल० कार्डधारी है, को देखते हुवे स्पष्ट अनुशंषा अंकित की जाय.....

(ब)- जाँच उपरान्त कन्या अपात्र पाये जाने पर मुख्य कारण अंकित करें

दिनांक:-

जाँच अधिकारी का हस्ताक्षर एवं मुहर