



THE BAR COUNCIL OF GUJARAT

3rd Floor, Satyamev Complex, Opp. Gujarat High Court, Sola, Ahmedabad - 380 060.
Phone : (079) 2970 1096, 2743 4073. Website : barcouncilofgujarat.org

ગુજરાત એડવોકેટ વેલ્ફેર ફંડ એક્ટ, ૧૯૯૧ હેઠળ વકીલશ્રીના મૃત્યુ બાદ મળતી મૃત્યુ સહાય મેળવવાનું નિયત ફોર્મ ભરીને તે સાથે નવિ મુજબની વિગતો ફરજિયાત રજૂ કરવી.

ભાઈશ્રી/બહેનશ્રી,

ઉપરોક્ત વિષય અનુસંધાને જણાવવાનું કે, ગુજરાત એડવોકેટ વેલ્ફેર ફંડ એક્ટ, ૧૯૯૧ અન્વયે સભ્ય વકીલશ્રીના મૃત્યુ બાદ સ્વર્ગસ્થ વકીલશ્રીના વારસદારોને મૃત્યુ સહાય યોજના હેઠળ સહાય ચુકવવામાં આવે છે, જેથી આ સાથે બીડેલ ફોર્મ નંબર- ૮ સાથે નીચે દર્શાવેલ વિગતો સાથે ભરીને અચૂક મોકલી આપશો.

૧. સભ્ય એડવોકેટ ના વારસદાર તરીકે અરજી કરનારે ગુજરનાર એડવોકેટનો વેલ્ફેર નંબર જણાવવો ફરજિયાત છે.
૨. અરજદારે આ સાથે બીડેલ ફોર્મ નંબર - ૮ માં પોતાનું પુરું સરનામું, ટેલિફોન નંબર, મોબાઇલ નંબર કે અન્ય સંપર્ક નંબર અવશ્ય જણાવવો.
૩. અરજદારે ફોર્મ નંબર - ૮ સાથે ગુજરનાર સભ્ય એડવોકેટનું મૃત્યુ નું અસલ પ્રમાણપત્ર (ઓરીજનલ ડેથ સર્ટીફિકેટ) બીડવાનું રહેશે.
૪. અરજદારે સરનામા ના પુરાવારુપે લાઇટ બિલ/ ટેલિફોન બિલ / ટેક્ષ બિલ/ પાસપોર્ટ ની પ્રમાણિત નકલ(True Copy) બીડવી.
૫. અરજદારે સભ્ય એડવોકેટ ના સનદ સર્ટીફિકેટ ની પ્રમાણિત નકલ (True Copy) બીડવી.
૬. અરજદારે અરજી સાથે ગુજરનાર એડવોકેટ બાર એસોસિએશન (વકીલ મંડળ) ના સભ્ય હોવા અંગેનું તાજેતરનું પ્રમાણપત્ર બીડવાનું રહેશે.
૭. અરજદારે પોતાનું તાજેતરના ફોટોગ્રાફ સાથેનું માન્ય અધિકારી ધ્વારા અપાયેલ ઓળખપત્ર પાસપોર્ટ / ડાઇવીંગ લાયસન્સ / ચુંટણી મતદાર કાર્ડ / પાનકાર્ડ ની પ્રમાણિત નકલ (True Copy) બીડવી.
૮. ગુજરનાર એડવોકેટનું નામ દર્શાવતા રેશનકાર્ડ ની પ્રમાણિત નકલ (True Copy) બીડવી.
૯. અરજદાર / નોમિનીએ નિયત ફોર્મમાં પોતાનો તાજેતરનો ફોટોગ્રાફ તથા સહી / અંગુઠા નું નિશાન (બંને અલગ અલગથી) નોટરી અથવા સ્થાનિક વકીલ મંડળ ના હોદ્દદાર અથવા બાર કાઉન્સિલ ઓફ ગુજરાત ના ચુંટાયેલ સભ્ય પાસે પ્રમાણિત કરાવવા (અડધી સહી ફોટા પર આવે તેમ રબ્બર સ્ટેમ્પ સાથે) તથા પ્રમાણિત કરનાર સ્થાનિક વકીલ મંડળના હોદ્દદારે પોતાનું નામ તથા એનરોલમેન્ટ નંબર લખવો તેમજ પ્રમાણિત કરનાર ની સહી તેમની એનરોલમેન્ટ અરજી સાથે મળતી હોવી જરૂરી છે.
૧૦. અરજદારે/નોમિનીએ તેમના બેન્કના કેન્સલ ચેકની નકલ બીડવી.

ઉપરોક્ત જણાવેલ માહિતી નિયત ફોર્મ નંબર - ૮ સાથે જરૂરી વિગતો ભરી બનતી ત્વરાએ મોકલી આપશો જે મળ્યેથી આગળની કાર્યવાહી હાથ ધરવામાં આવશે જેની નોંધ લેશો.

Advocate Name: _____

Enrolment No. : G/_____/____

Welfare No. _____



**GUJARAT ADVOCATES' WELFARE FUND ACT, 1991
FORM NO. VIII**

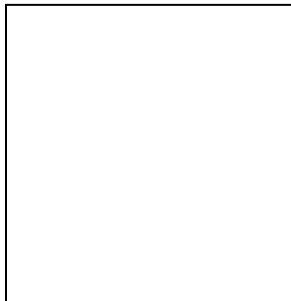
[See Regulation - 10 (1)]

APPLICATION FOR PAYMENT FROM THE FUND

1. Name and address and contact _____
Number of the applicant _____
(Beginning with Surname in
CAPITAL letters) _____
2. Age and date of birth of the Applicant. _____
3. Enrolment number and Date
of enrolment under the
Advocates' Act, 1961 _____
4. Membership number & Date
of Membership under the
Gujarat Advocates' Welfare Fund
Act, 1991. _____
5. Date of retirement _____
6. Date of death of member & original
Death Certificate _____
7. Details regarding nomination _____
 - (i) Relation of applicant to the
deceased member _____
 - (ii) Relation of nominee or
nominees to the deceased
member _____
8. Succession certificate or such
other certificate, if any _____
9. Other necessary facts required
for consideration of application _____
10. Residential proof _____
11. Certificate of Bar Association regarding
death _____

Place: _____

Date: _____



Signature of the applicant

Bank Account Detail

Account No. _____, **IFSC Code** _____

Bank Name _____, **Branch Name** _____

Where the person entitled to the amount is minor his/her natural guardian may apply.

N.B. - Please affix Photograph/s & sign & be attested the same by Notary Public / Office bearers of the Bar Association / Elected Member of the BCG