



શ્રી ગોહિલવાડ દશાશ્રીમાળી સેવા સંઘ, બોરીવલી

REGD. NO. MH 222-1983 G.B.B.S.D.

શ્રી મૂળજીભાઈ ગોપાળજીભાઈ મહેતા પરિવાર (વિદાર) પ્રેરિત બોરીવલી કાર્યાલય
બોરીવલી કાર્યાલય : ૧૦૧, શ્રીમદ્ ગોકુલ, અનિલભાઈ દેસાઈ રોડ, મંડપેશ્વર સિવિક ફેડરેશન (MCF) થી આગળ, બોરીવલી (વેસ્ટ), મુંબઈ - ૪૦૦ ૦૯૨.
ફોન : (૦૨૨) ૨૮૯૦ ૮૯૯૪ E-mail : sgdss1983@gmail.com / Website : www.gohilwadsangh.org

કે.ટી. પરિવાર (વસઈ) પ્રેરિત કે.ટી. વાડી
વસઈ કાર્યાલય : કે.ટી. વાડી, હોલી પેટેડાઈઝ સ્કુલની બાજુમાં, કે.ટી.વિલેજ, વસઈ (વેસ્ટ), પાલઘર - ૪૦૧ ૨૦૨. ફોન: (૦૨૫૦) ૨૩૩ ૧૯૨૮
સંચાલીત

શ્રી. મનહરલાલ નાનાલાલ શાહ તથા શ્રીમતી હસમુતીબેન એમ. શાહ

પ્રેરિત

ફોર્મ નં.

ડાયાલીસીસ યોજના

તારીખ _____

સભાસદનું પુરૂં નામ : _____ સભાસદ નંબર : _____

દર્દીનું પુરૂં નામ : _____ સભાસદ સાથે સંબંધ : _____

ઘરનું સરનામું : _____

ઘરનો ટેલીફોન નંબર : _____ મોબાઈલ નંબર : _____

બિમારીનો પ્રકાર : _____ સારવાર લીધેલ તારીખ : _____

સારવાર આપતા ડૉક્ટર તથા હોસ્પિટલનું નામ : _____

સારવાર માટે થયેલ ખર્ચની સંપૂર્ણ વિગત : _____
(ટેસ્ટ રીપોર્ટ તથા રસીદની ઝેરોક્ષ સાથે લગાડવી)

સભાસદના સભ્યોની માસિક આવક : _____ સભાસદના સભ્યોની સંખ્યા : _____

અન્ય સંસ્થાઓમાંથી મળતી / મેળવેલી
સહાયની વિગત અને સંસ્થાનું નામ : _____

હું ખાત્રી આપું છું કે રજુ કરેલ ટેસ્ટ રીપોર્ટ / રસીદ / ખર્ચની રકમ દર્દીની સારવાર માટે જ વપરાયેલ છે.

_____ સહી / સભાસદની સહી

સેવાસંઘના ટ્રસ્ટી / કારોબારી સમિતિના સભ્યો અથવા સમાજની કોઈપણ એક પ્રતિષ્ઠિત વ્યક્તિની ભલામણ.
હું અરજદારને ઓળખું છું અને ઉપર જણાવેલ વિગતો મારી જાણ પ્રમાણે બરાબર છે.

ભલામણ કરનાર વ્યક્તિનું પુરૂં નામ / ફોન નંબર _____

_____ સહી

ઓફિસના ઉપયોગ માટે

અરજી મળ્યાની તારીખ _____ મંજૂર કરેલ ડાયાલીસીસ રાહતની રકમ રૂ. _____

ડાયાલીસીસ યોજના ની રાહત લેનારની સહી _____

_____ કન્વીનર / માનદ્ મંત્રીઓ
સહી

(પાછળ જુઓ)

ડાયાલીસીસ યોજના માટેના નિયમો

- ૧) અરજી પત્રક ગુજરાતીમાં કે ઇંગ્લીશમાં વ્યવસ્થિત રીતે ભરાયેલું હોવું જરૂરી છે. તદ્ઉપરાંત ચિકિત્સાના જરૂરી કોપીઓ/કાગળો પૂર્ણ હશે તો જ ડાયાલીસીસ યોજનાનું ફોર્મ સ્વીકારવામાં આવશે અને મંજૂરી માટે સમિતી સમક્ષ મુકવામાં આવશે.
- ૨) આ યોજનાનો લાભ સભાસદ કે તેના કુટુંબના સભ્યોને જ આપવામાં આવશે.
- ૩) આ યોજનાનો લાભ જે સભ્યના કુટુંબની કુલ માસિક આવક રૂ. ૫,૦૦૦/- અથવા તેનાથી ઓછી હશે તેનેજ આપવામાં આવશે. (સાથે આવકનું પ્રમાણ પત્ર જોડવું જરૂરી રહેશે)
- ૪) આ યોજનામાં **હિસાબી વર્ષ (૧ એપ્રિલ થી ૩૧ માર્ચ)** દરમિયાન લીધેલી સારવારની અરજી ઉપરજ વિચાર કરવામાં આવશે. લીધેલ સારવાર બાદ ત્રણ મહિનાની અંદર જ ડાયાલીસીસ યોજના અરજી કરવાની રહેશે.
- ૫) આ યોજનામાં દર્દીને ડાયાલીસીસ યોજના રાહત, સેવાસંઘના કોર્પસ ફંડના વ્યાજની આવકની મર્યાદામાં રહીને જ આપવામાં આવશે.
- ૬) આ યોજનાનો લાભ લેનાર સભ્યએ પોતાના દરેક જાતનાં ટેસ્ટની Payment રસીદ, ઇ.સી.બી., કાર્ડીયોગ્રામ, એક્સરે, એમ.આર.આઈ વગેરે દરેકની ઝેરોક્ષ કોપી સેવાસંઘને આપવી પડશે.
- ૭) અરજી કરનાર સભ્યે અન્ય સંસ્થાઓમાંથી મળેલ રાહતની સંપૂર્ણ વિગતો જણાવવી જરૂરી છે.
- ૮) અરજી પત્રકમાં સેવાસંઘના ટ્રસ્ટી, કારોબારી સમિતિનાં કોઈપણ એક સભ્યની અથવા સમાજની કોઈપણ એક પ્રતિષ્ઠિત વ્યક્તિની ભલામણ લાવવી જરૂરી છે.
- ૯) ડાયાલીસીસ યોજનાની સમિતિનો નિર્ણય આખરી ગણાશે અને તે અરજદારને સ્વીકાર્ય રહેશે.
- ૧૦) સેવાસંઘે આપેલ આઈ કાર્ડની ઝેરોક્ષ કોપી જોડવી જરૂરી છે.

લી. માનદ્ મંત્રીઓ

શ્રી ગોહિલવાડ દશાશ્રીમાળી સેવાસંઘ, બોરીવલી