



# શ્રી ગોહિલવાડ દશાશ્રીમાળી સેવા સંઘ, બોરીવલી

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

શ્રી મૂળજીભાઈ ગોપાળજીભાઈ મહેતા પરિવાર (વિરાર) પ્રેરિત બોરીવલી કાર્યાલય  
બોરીવલી ઓફીસ : ૧૦૧, શ્રીમદ્ ગોકુલ, અનિલભાઈ દેસાઈ રોડ, મંડપેશ્વર સિવીક ફેડરેશન (MCF) થી આગળ,  
બોરીવલી (વેસ્ટ), મુંબઈ - ૪૦૦ ૦૯૨. ફોન : (૦૨૨) ૨૮૯૦ ૮૯૯૪

શ્રી કે.ટી. પરિવાર (વસઈ) પ્રેરિત વસઈ ઓફીસ

વસઈ ઓફીસ : કે.ટી. વાડી, કે.ટી.વિલેજ, વસઈ (વેસ્ટ), પાલઘર - ૪૦૧ ૨૦૨. ફોન: (૦૨૫૦) ૨૩૩ ૧૯૨૮  
E-mail : sgds1983@gmail.com / Website : www.gohilwadsangh.org

## સંચાલિત

શ્રી ગુણવંતરાય જયંતિલાલ શેઠ (રાઠોડ)  
તથા શ્રીમતી મધુકાંતાબેન ગુણવંતરાય શેઠ પ્રેરિત

હોસ્પિટલાઈઝેશન અને મેડીકલ યોજના

ફોર્મ નંબર \_\_\_\_\_

તારીખ \_\_\_\_\_

સભાસદનું પુરૂં નામ : \_\_\_\_\_ સભાસદ નંબર : \_\_\_\_\_

દર્દીનું પુરૂં નામ : \_\_\_\_\_ સભાસદ સાથે સંબંધ : \_\_\_\_\_

ઘરનું સરનામું : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ મૂલવતન : \_\_\_\_\_

ઘરનો ટેલીફોન નંબર : \_\_\_\_\_ મોબાઈલ નંબર : \_\_\_\_\_

બિમારીનો પ્રકાર : \_\_\_\_\_ સારવાર લીધેલ સમય / મહિનો \_\_\_\_\_

સારવાર આપતા ડોક્ટર તથા હોસ્પિટલનું નામ : \_\_\_\_\_

સારવાર માટે થયેલ ખર્ચની સંપૂર્ણ વિગત : \_\_\_\_\_  
(ખર્ચના ઓરિજિનલ / ઝેરોક્ષ / બીલ / રસીદ સાથે લગાડવા)

સભાસદના સભ્યોની સંખ્યા : \_\_\_\_\_

અન્ય સંસ્થાઓમાથી મળતી / મેળવેલી સહાયની વિગત : \_\_\_\_\_

અને સંસ્થાનું નામ : \_\_\_\_\_

હું ખાત્રી આપું છું કે રજુ કરેલ બીલ અને ખર્ચની રકમ દર્દીની સારવાર માટે જ વપરાયેલ છે.

\_\_\_\_\_ દર્દી / સભાસદની સહી

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

ભલામણ કરનારનું નામ / ફોન નંબર \_\_\_\_\_

તારીખ \_\_\_\_\_ સહી \_\_\_\_\_

## ઓફિસ ઉપયોગ માટે

અરજી મળ્યાની તારીખ \_\_\_\_\_ મંજૂર કરેલ વૈધકિય રાહતની રકમ રૂ. \_\_\_\_\_

વૈધકિય રાહતની રકમ લેનારની સહી \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ કન્વીનર / માનદ્ મંત્રીઓ

સહી \_\_\_\_\_ (પાછળ જુઓ)

## હોસ્પિટલાઈઝેશન અને મેડીકલ યોજના માટેના નિયમો

- ૧) અરજી પત્રક ગુજરાતીમાં કે ઇંગ્લીશમાં વ્યવસ્થિત રીતે ભરાયેલું હોવું જરૂરી છે. તદ્દુપરાંત તેને લગતી જરૂરી કોપીઓ / કાગળો પૂર્ણ હશે તોજ હોસ્પિટલાઈઝેશન અને મેડીકલ યોજનાનું ફોર્મ સ્વીકારવામાં આવશે અને મંજૂરી માટે સમિતિ સમક્ષ મુકવામાં આવશે.
- ૨) આ યોજનાનો લાભ સભાસદનાં કુટુંબના સભ્યોને જ આપવામાં આવશે.
- ૩) આ યોજનાનો લાભ જે સભ્યના કુટુંબની કુલ માસિક આવક રૂ. ૧૦,૦૦૦/- અથવા તેનાથી ઓછી હશે તેનેજ આપવામાં આવશે. (આવક માટેનું પ્રમાણપત્ર જોડવું જરૂરી રહેશે)
- ૪) આ યોજનામાં લીધેલ સારવાર બાદ ત્રણ મહિનાની અંદર જ વૈધકીય રાહત અરજી કરવાની રહેશે.
- ૫) આ યોજનામાં દર્દીને સેવાસંઘના કોર્પસ ફંડના વ્યાજની આવકની મર્યાદામાં રહીને જ રાહત આપવામાં આવશે.
- ૬) આ યોજનાનો લાભ લેનાર સભ્યએ પોતાના રોગને લગતા પેપરોની ઝેરોક્ષ કોપીઓ, હોસ્પિટલ ડીસચાર્જ કાર્ડ, બીલો, કેશમેમો, પ્રીસક્રીપશન, રસીદ, ડૉ. નાં. રીપોર્ટ, કાર્ડીયોગ્રામ વગેરેની ઝેરોક્ષ કોપીએ સંસ્થાને આપવા પડશે.
- ૭) અરજી કરનાર સભ્યે અન્ય સંસ્થાઓમાંથી મળેલ રાહતની સંપૂર્ણ વિગતો જણાવવી જરૂરી છે.
- ૮) અરજી પત્રકમાં ટ્રસ્ટીઓ / કરોબારી સમિતિનાં કોઈપણ એક સભ્યની અથવા સમાજની કોઈપણ એક પ્રતિષ્ઠિત વ્યક્તિની ભલામણ લાવવી જરૂરી છે.
- ૯) હોસ્પિટલાઈઝેશન અને મેડીકલ યોજનાની સમિતિનો નિર્ણય આખરી ગણાશે અને તે અરજદારને સ્વીકાર્ય રહેશે.
- ૧૦) સેવાસંઘે આપેલ આઈ કાર્ડની ઝેરોક્ષ કોપી સાથે જોડવી જરૂરી છે.
- ૧૧) રેશનકાર્ડ/ લાઈટબિલ / ઘરના મેઈન્ટેન્સ બીલની ઝેરોક્ષ સાથે જોડવી જરૂરી છે.

લી. માનદ્ મંત્રીઓ

શ્રી ગોહિલવાડ દશાશ્રીમાળી સેવા સંઘ, બોરીવલી