

વૈધકીય રાહત યોજના માટેના નિયમો

- ૧) અરજી પત્રક ગુજરાતીમાં કે ઇંગ્લીશમાં વ્યવસ્થિત રીતે ભરાયેલું હોવું જરૂરી છે. તદ્ઉપરાંત તેને લગતી જરૂરી કોપીઓ / કાગળો પૂર્ણ હશે તોજ વૈધકીય રાહત 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 હિસાબી વર્ષ (૧ એપ્રિલ થી ૩૧ માર્ચ) દરમ્યાન લીધેલી સારવારની અરજી ઉપરજ વિચાર કરવામાં આવશે. લીધેલ સારવાર બાદ ત્રણ મહિનાની અંદર જ વૈધકીય રાહત અરજી કરવાની રહેશે.
- ૫) આ યોજનામાં દર્દીને વૈધકીય રાહત, સેવાસંઘના કોર્પસ ફંડના વ્યાજની આવકની મર્યાદામાં રહીને જ આપવામાં આવશે.
- ૬) આ યોજનાનો લાભ લેનાર સભ્યએ પોતાના રોગને લગતા પેપરોની ઝેરોક્ષ કોપીઓ, બીલો, કેશમેમો, પ્રીસક્રીપ્શન, 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) વૈધકીય રાહત 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 સેવા સંઘ, બોરીવલી



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 કાર્યાલય : ૧૦૧, શ્રીમદ્ ગોકુલ, અનિલભાઈ દેસાઈ રોડ, મંડપેશ્વર સિવીક ફેડરેશન (MCF) થી આગળ,
બોરીવલી (વેસ્ટ), મુંબઈ - ૪૦૦ ૦૯૨. ફોન : (૦૨૨) ૨૮૯૦ ૮૯૯૪

E-mail : sgds1983@gmail.com / Website : www.gohilwadsangh.org

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

સંચાલિત

શ્રીમતી તારાબેન જયંતીલાલ વઘાણી તથા શ્રી જયંતીલાલ મગનલાલ વઘાણી
પ્રેરિત વૈધકીય રાહત યોજના (M.R.I. CT Scan)

ફોર્મ નંબર _____ વૈધકીય રાહત યોજના અરજી પ્રત્રક તારીખ _____

સભાસદનું પુરૂં નામ : _____ સભાસદ નંબર : _____

દર્દીનું પુરૂં નામ : _____ સભાસદ સાથે સંબંધ : _____

ઘરનું સરનામું : _____

ઘરનો ટેલીફોન નંબર : _____ મોબાઈલ નંબર : _____

બિમારીનો પ્રકાર : _____ સારવાર લીધેલ સમય / મહિનો _____

સારવાર આપતા ડૉક્ટર તથા હોસ્પિટલનું નામ : _____

સારવાર માટે થયેલ ખર્ચની કુલ રકમ : _____
(ખર્ચના ઓરિજીનલ / ઝેરોક્ષ / બીલ / રસીદ સાથે લગાડવા)

સભાસદના સભ્યોની સંખ્યા : _____

અન્ય સંસ્થાઓમાથી મળતી / મેળવેલી સહાયની વિગત : _____

અને સંસ્થાનું નામ : _____

હું ખાત્રી આપું છું કે રજૂ 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 વૈધકીય રાહતની રકમ રૂ. _____

વૈધકીય રાહતની રકમ લેનારની સહી _____

કન્વીનર / માનદ્ મંત્રીઓ

સહી

(પાછળ જુઓ)