



# 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 સિવિક ફેડરેશન (MCF) થી આગળ, બોરીવલી (વેસ્ટ), મુંબઈ - ૪૦૦ ૦૮૨.

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 પેરેડાઈઝ સ્કૂલની બાજુમાં, કે.ટી.વિલેજ, વસઈ (વેસ્ટ), પાલઘર - ૪૦૧ ૨૦૨. ફોન: (૦૨૫૦) ૨૩૩ ૧૯૨૮

સંચાલીત

શ્રી કાંતિલાલ મુળચંદ મહેતા - પરિવાર પ્રેરીત

વૈદ્યકીય ચિકિત્સા રાહત યોજના અરજી પત્રક

ફોર્મ નં.

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 વૈદ્યકીય ચિકિત્સા રાહતની રકમ રૂ. \_\_\_\_\_

વૈદ્યકીય રાહત લેનારની સહી \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ કન્વીનર / માનદ્ મંત્રીઓ  
સહી

(પાછળ જુઓ)

## વૈધકીય ચિકિત્સા રાહત યોજના માટેના નિયમો

- ૧) અરજી પત્રક ગુજરાતીમાં કે ઇંગ્લીશમાં વ્યવસ્થીત રીતે ભરાયેલું હોવું જરૂરી છે. તદ્ઉપરાંત ચિકિત્સાના જરૂરી કોપીઓ/કાગળો પૂર્ણ હશે તો જ વૈધકીય ચિકિત્સા રાહત 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)** 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 ચિકિત્સા રાહત, સેવાસંઘના કોર્પસ ફંડના વ્યાજની આવકની મર્યાદામાં રહીને જ આપવામાં આવશે.
- ૬) આ યોજનાનો લાભ લેનાર સભ્યએ પોતાના દરેક જાતનાં ટેસ્ટની Payment રસીદ, ઈ.સી.જી., 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) 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 સેવાસંઘ, બોરીવલી