

સ્થાપના : ૧૯૫૩

શ્રી વાધેશ્વરી પ્રસન્નોસ્તુ :

રજી.નં એ/૧૨૯

શ્રી અમદાવાદી શ્રીમાળી સોની જ્ઞાતિ સમાજ, સુરત.

શ્રી વાધેશ્વરી માતાનું મંદિર, લીમડીકૂઈ, આમલીરાન, સુરત -૩૯૫૦૦૧

-: મેડીકલ સહાય અરજી પત્ર :-

કુટુંબ ક્રમાંક નંબર : _____

અરજી કર્યા તારીખ : _____

અરજદાર નો
ફોટો

અરજદારનું નામ : _____

દર્દીનું નામ : _____

સરનામું : _____

ફોન નંબર : _____

મોબાઈલ નંબર : _____

ઉંમર : _____

બ્લડ ગ્રુપ : _____

અરજદારનો ધંધો/નોકરી : _____

ધંધાનું સ્થળ /નોકરી (પેઢી નું નામ-સરનામું) : _____

કુટુંબના સભ્યો ના નામ અને ધંધો-વ્યવસાય ની વિગત:

ક્રમ	નામ	ધંધો/વ્યવસાય	માસિક આવક	વાર્ષિક આવક
૧				
૨				
૩				
૪				
૫				

માસિક ઘર ખર્ચ : _____

પાનકાર્ડ નં : _____

આધારકાર્ડ નં : _____

વાહન : ☐ સ્કુટર ☐ મોટરસાઈકલ ☐ મોટરકાર ☐ અન્ય

મેડીકલ પોલીસી : ☐ ☐

હોય તો તેની વિગત : _____

અન્ય કોઈ સંસ્થા /વ્યક્તિ પાસે થી સહાય મેળવેલ છે ? _____

બેંકનો એકાઉન્ટ નં : _____

બેંકનું નામ અને શાખા : _____

કઈ માંદગી માટે હોસ્પિટલ માં દાખલ થયા? : _____

હોસ્પિટલ નું નામ : _____

હોસ્પિટલનું સરનામું : _____

દાખલ થવાની તારીખ : _____ રજા આપ્યાની તારીખ : _____

કયા વોડ માં? : ☐ જનરલ ☐ સેમી.સ્પેશીયલ ☐ સ્પેશીયલ ☐ ડિલક્ષ ☐ આઈ.સી.યુ.

હોસ્ટપીટલના બીલ ની રકમ : _____

દવાનો ખર્ચો : _____

કુલ ખર્ચ : _____

પાકેલા વીમા ની રકમ : _____

હોસ્ટપીટલ દ્વારા અપાયેલ માફી/મદદ : _____

અન્ય વ્યક્તિ/ સંસ્થા દ્વારા મળેલ મદદ : _____

દર્દીની સહી. _____ અરજદારની સહી. _____

નોંધ :- ૧. લેટેસ્ટ પાસપોર્ટ સાઈઝનો ફોટો લગાવવો.

૨. બેંકની પાસબુકની ઝેરોક્ષ (નામ, ખાતાનંબર, સરનામું, ISFC કોડ, બેંકની વિગત સ્પષ્ટ દેખાઈ તેવી નકલ)

૩. રહેઠાણના પુરાવાની ઝેરોક્ષ નકલ બીડવી.

૪. ફોર્મમાં જણાવેલ માહિતી અધુરી/ ખોટી હશે તો અરજી રદ થશે.

૫. સહાય બાબત ટ્રસ્ટીમંડળ નો નિર્ણય આખરી અને બંધનકર્તા રહેશે.

૬. ફોર્મ સાથે હોસ્પીટલ ના અને દવા સહીતના તમામ ઓરીજનલ બીલો રજૂ કરવાના રહેશે.

૭. મેડીકલ સહાય પત્ર ફાઈલ સાથે રજૂ કર્યા બાદ ૪૫ થી ૬૦ દીવસમાં મંજૂર/નામંજૂર કરવામાં આવશે.

૮. ઓરીજનલ બીલો સહીતની ફાઈલ પરત કરવામાં આવશે નહીં જેથી ફાઈલ મુકનાર સભ્યે પોતાની પાસે ઝેરોક્ષ નકલો રાખવી.

હોસ્પીટલ બીલની રકમ	નિદાન પરિક્ષણની રકમ	આઈ.સી.યુ ની રકમ	ઓપરેશન/પ્રોસીજરની રકમ	દવાના બીલ ની રકમ

☐ અરજી મંજૂર ☐ અરજી નામંજૂર કર્યાની તારીખ. :-

સહાય ચુકવવાની વિગત : -

સહાય રકમ : _____ ચુકવવાની તારીખ : _____ બેંક : _____ ચેક નં : _____

ચેકની તારીખ : _____ વાવચર નં : _____

ચેક કરનાર ટ્રસ્ટી ની સહી : _____ સહાય ચુકવનાર ટ્રસ્ટીની સહી : _____