

પ્રમુખ શ્રી પરાગ ગુલાબચંદ શાહ

માનદમંત્રી શ્રી મનીષ રમેશભાઈ શાહ

ઓશવાળ શિક્ષણ અને રાહત સંઘ
OSHWAL SHIKSHAN ANE RAHAT SANGH

રજીસ્ટર્ડ ઓફીસ : ઓશવાળ સેન્ટર સંકુલ, સાત રસ્તા, એરોડ્રામ રોડ, જામનગર., ફોન નં. ૦૨૮૮ - ૨૬૭૫૧૨૨, ૨૬૬૨૧૬૪-૬૫.
મુંબઈ ઓફીસ : ઓશવાળ ભુવન ૧૧૮-૧૨૨, NMF; ICA CF, S/ ZONE s. : 8/ ૦૨૨-૨૪૧૧૪૪૫૯, ૨૪૧૧૨૭૧૦

Website : www.oshwalindia.org
Email : admin@oshwalindia.org ceo@oshwalindia.com

તા.....

- : તબીબી રાહત અરજી પત્રક : -

પ્રતિ,
કન્વીનરશ્રી,
સ્કોલરશીપ/લોન અને રાહત સમીતી,
ઓશવાળ શિક્ષણ અને રાહત સંઘ
જામનગર

દર્દીનો પાસપોર્ટ
સાઈઝનો ફોટો

સુજા મહોદયશ્રી,

સવિનય સાથ જણાવવાનું કે હું અરજી કરનાર
બીમારીમાં સપડાયો છું. ડોક્ટરની સલાહ મુજબ દવા તેમજ યોગ્ય તપાસણી / ઓપરેશન કરાવેલ છે.
જેનો ખર્ચ રૂા /- આવેલ છે. તે ખર્ચ ને પહોંચી વડવા અમારી આર્થિક પરીસ્થિતી
નથી. તો યોગ્ય સહાય આપવા નમ્ર વિનંતી.

| | |
|-----------------------------------|--|
| દર્દીનું પુરૂ નામ | |
| મુળ ગામ | |
| મોબાઈલ નં | |
| જન્મ તારીખ / ઉંમર વર્ષ | |
| દર્દીના આધાર કાર્ડનો નંબર | |
| દર્દીના પાન નંબર | |
| હાલ વસવાટ નું સ્થળ : (સરનામું) | |

| | |
|---|--|
| વ્યવસાયની વિગત અને સરનામું | |
| કુટુંબના કુલ સભ્યોની સંખ્યા | |
| કુટુંબમાં કમાતા સભ્યોની સંખ્યા | |
| કુટુંબની કુલ વાર્ષિક આવક | |
| ફીક્સ ડીપોઝીટ / મ્યુચ્યુઅલ ફંડ અથવા અન્ય આવકની વિગત. | |
| રહેણાંક મકાન / ફ્લેટ માલિકીનું કે ભાડાનું છે | |
| ખેતર / વાડી / પ્લોટ / જમીન / દુકાન / ગોડાઉન માલિકીના હોય તો તેની વિગત | |
| વ્યસન છે કે નહીં | |
| વપરાશના વાહનની વિગત | |
| વિમા પોલીસી નંબર (દા:ત. મેડીકલેઈમ, એક્સીડેન્ટલ પોલીસી) | |
| હોસ્પિટલનું નામ તથા રજીસ્ટ્રેશન નંબર | |
| બીમારીનો પ્રકાર | |
| બીમારી શરૂ થયાની તારીખ | |
| સારવાર આપતા ડોક્ટરનું નામ તથા ટેલીફોન નંબર | |
| સારવાર આપતા ડોક્ટરની ડીગ્રી | |
| દાખલ થયાની તારીખ | |
| રજા આપ્યાની તારીખ | |
| બીમારી અંગે ની વિગત | |
| દર્દિ સાથે અરજદારનો સંબંધ | |

| | |
|---|--|
| અરજદાર અથવા નજીકના સગાના બેંક ખાતાની વિગત ખાતા ધારકનું પુરૂ નામ બેંકના ખાતા નંબર બેંકનું નામ, બ્રાન્ચ તથા પુરૂ સરનામું | |
| ઓશવાળ શિક્ષણ અને રાહત સંઘ માંથી મળતી અન્ય સહાયની વિગત. (દા.ત. અનાજ અને આર્થિક સહાય, શૈક્ષણિક સહાય, શૈક્ષણિક લોન) | |
| કો. ઓ. બેંકોમાંથી સહાય મળેલ છે કે નહીં. | |
| જ્ઞાતિની અન્ય સંસ્થા, અન્ય જગ્યાએ, કોઈ સગા સ્નેહી, અથવા દેશ-વિદેશથી સહાયની રકમ મળેલ હોય અથવા મળવા પાત્ર હોય તો તેની વિગત | |
| મેડીકલ બીલ / તપાસણી તથા અન્ય ખર્ચની રકમ | |

- : નોંધ તથા સૂચીત નીતી નીચમો : -

- હોસ્પીટલ બીલ, રીશીપ્ટ, ડીસ્ચાર્જ કાર્ડ તથા ડોક્ટરના પ્રીસ્ક્રીપ્શનની ઝેરોક્ષ કોપી, ઓપરેશન થયેલ હોય અથવા હોસ્પીટલમાં દાખલ થયેલ દર્દી અથવા તેમના અરજદારે અરજી પત્રક સાથે રજુ કરવાના રહેશે અને ઓરીજીનલ સાથે રાખવાની રહેશે.
- પેથોલોજી તથા રેડીયોલોજી ટેસ્ટ રીપોર્ટ તથા તેના ઓરીજીનલ બીલ આપવાના રહેશે.
- ઓપરેશનનું બીલ તથા રીશીપ્ટ, એનેસ્થેટીસ્ટના બીલ અને રીશીપ્ટ.
- જરૂર જણાશે તો સ્થળ ઉપર તપાસ કરવામાં આવશે.
- 'સંઘ' ધ્વારા નક્કી કરેલ મર્યાદામાં મેડીકલ સહાય ચુકવવામાં આવશે.
- અરજદારે મેડીકલ સહાય મેળવવા માટે 'સંઘ'ની મુંબઈ અથવા જામનગર ઓફીસ માંથી કોઈપણ એક જગ્યાએ જ અરજી કરવાની રહેશે. જો બન્ને જગ્યાએ અરજી કરવામાં આવશે તો બન્ને અરજીઓ રદબાતલ કરવામાં આવશે.
- અરજદાર ધ્વારા અરજીમાં જણાવેલ વિગત ખોટી સાબીત થશે તો તે અરજીને તત્કાલ રદ કરવામાં આવશે અને આવા અરજદાર સંસ્થા ધ્વારા મળતી કોઈપણ પ્રકારની સહાય મેળવવા ભવિષ્યમાં હકદાર રહેશે નહીં.
- રજુ કરવા જણાવવામાં આવેલ દરેક ડોક્યુમેન્ટની પ્રમાણીત નકલ રજુ કરવાની રહેશે.
- લાંબા સમયના રોગ (દા.ત. બ્લડ પ્રેસર, ડાયાબીટીસ, ફેફસાના રોગ, માનસીક રોગ, ટીબી, મગજને લગતા રોગ) તેમને દવા ના પચાસ ટકા ના સહાય આપવામાં આવશે ફેરફાર ની સત્તા સમિતી ની રહેશે.
- શક્ય હોય તથા સુધી દવાઓ જેનેરીક મેડીકલ સ્ટોર માંથી જ દવાઓ લેવાની રહેશે.

- ઓપરેશન પહેલા જો દર્દીને લેબોરેટરી રીપોર્ટસ અથવા એક્સ-રે, સીટી સ્કેન અથવા ઓપરેશનને લગતી અન્ય તપાસ કરવાની હોઈ તો તેમને ઈમરજન્સી રૂ. ૨૦૦૦ સુધી આપવામાં આવશે. જે મૂળ બિલમાંથી બાદ કરવામાં આવશે.
- વ્યક્તિ દિઠ વર્ષ દરમ્યાન રૂ.૨૫,૦૦૦/- સુધીની મેડીકલ સહાય આપવામાં આવશે પરંતુ નોંધમાં જણાવ્યા પ્રમાણે ચોકકસ બીમારી તથા ઓપરેશન તથા તબીબી સારવાર મુજબની માટે સંસ્થાએ નક્કી કર્યા મુજબની રકમ આપવામાં આવશે.

- : એકરાર નામું : -

આથી હું નીચે સહી કરનાર ઉપરોક્ત વિગતો તમામ સાચી જણાવું છું જો કોઈ વિગત તપાસ કરતા ખોટી સાબીત થાય તો મારી અરજી બાબત તમામ વહીવટી સત્તા ઓશવાળ શિક્ષણ અને રાહત સંઘને આપુ છું. અને ઉપરોક્ત સહાય માટે મે કોઈ અન્ય જગ્યાએ સહાય મેળવવા અરજી કરેલ નથી. જેની ખાત્રી બદલ મે નીચે મારી સહી કરી આપેલ છે.

અરજદાર ની સહી

સહી કરનારનું નામ

- : કાર્યાલય માટે : -

અરજી મંજુર થયાની તા. અરજી મંજુર થયાની રકમ રૂ. ચુકવેલ રકમ રૂ.

ચેક / રોકડા આપેલ નામની વિગત

રકમ ચુકવ્યાની તારીખ ચેક નં રોકડા

ચકાસણી કરનાર અધિકારીની સહી

કન્વીનરશ્રી / સભ્યશ્રીની સહી