

ઓશવાળ શિક્ષણ અને રાહત સંઘ

ટ્રસ્ટ રજી. નં. ઈ - ૨૧૯

૨૭. ઓફીસ: ઓશવાળ સેન્ટર સંકુલ, સાત રસ્તા,
એરોડ્રામ રોડ, જામનગર-૩૬૧૦૦૬ ગુજરાત, ભારત.

+૯૧ ૨૮૮ ૨૬૭૫૧૨૨/૨૬૬૨૧૬૪/૬૫

info@oshwalindia.org / ceo@oshwalindia.org

મુંબઈ ઓફીસ: ઓશવાળ ભુવન, ૧૧૮-૧૨૨ દાદા સાહેબ ફાળકે રોડ,
દાદર (ઈ.) મુંબઈ-૪૦૦૦૧૪ મહારાષ્ટ્ર, ભારત.

+૯૧ ૨૨ ૨૪૧૧૪૪૫૯/૨૪૧૧૨૭૧૦

mumbai@oshwalindia.org

-:તબીબી સહાય અરજી પત્રક:-

અરજી નં. :-.....

તા.:-.....

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

સુજા મહોદયશ્રી,

સપિનય સાથ જણાવવાનું કે હું અરજી કરનારબીમારીમાં સપડાયો છું. ડોક્ટરની સલાહ મુજબ દવા તેમજ યોગ્ય તપાસણી/ઓપરેશન કરાવેલ છે. જેનો ખર્ચ રૂ...../- આવેલ છે. તે ખર્ચ ને પહોંચી વળવા અમારી આર્થિક પરીસ્થિતી નથી. તો યોગ્ય સહાય આપવા નમ્ર વિનંતી.

દર્દીનું પુરૂ નામ : _____

મુળ ગામ : _____ જન્મ તારીખ : _____ ઉંમર : _____

મોબાઈલ નં. : _____ દર્દી સાથે અરજદારનો સંબંધ : _____

દર્દીનો આધારકાર્ડ નં. : _____ દર્દીનો પાનકાર્ડ નં. : _____

હાલ વસવાટનું સરનામું : _____

વ્યવસાયની વિગત અને સરનામું : _____

કુટુંબના કુલ સભ્યોની સંખ્યા : _____ કુટુંબના કમાતા સભ્યોની સંખ્યા : _____ વ્યસન છે કે નહીં ? : _____

કુટુંબની કુલ વાર્ષિક આવક : _____ વપરાશના વાહનની વિગત : _____

ફીક્સ ડીપોઝીટ/મ્યુચ્યુઅલ ફંડ અથવા અન્ય આવકની વિગત : _____

રહેણાંક મકાન/ફ્લેટ માલિકીનું કે ભાડાનું છે ? : _____ જો ભાડું હોય તો કેટલું ? : _____

ખેતર/વાડી/પ્લોટ/જમીન/દુકાન/ગોડાઉન માલિકીના હોય તો તેની વિગત : _____

વિમા પોલીસી નંબર (દા.ત. મેડીકલેઈમ, એક્સીડેન્ટલ પોલીસી) : _____

ઓશવાળ શિક્ષણ અને રાહત સંઘ માંથી મળતી અન્ય સહાયની વિગત (દા.ત. અનાજ સહાય, શૈક્ષણિક સહાય, શૈક્ષણિક લોન) : _____

હોસ્પીટલનું નામ તથા રજીસ્ટ્રેશન નંબર : _____

બિમારીનો પ્રકાર : _____ બિમારી શરૂ થયાની તારીખ : _____

ડોક્ટરનું નામ તથા ટેલીફોન નંબર : _____ ડો.ની ડીગ્રી : _____

દાખલ થયાની તારીખ : _____ રજા આપ્યાની તારીખ : _____

બેંક ખાતા ધારકનું પુરૂ નામ : _____ બેંકના ખાતા નંબર : _____

બેંકનું નામ, બ્રાંચ તથા સરનામું : _____

કો.ઓ.બેન્કોમાંથી, જ્ઞાતિની અન્ય સંસ્થા, અન્ય જગ્યાઓ, કોઈ સગા સ્નેહી, અથવા દેશ-વિદેશથી સહાયની રકમ મળેલ
હોય અથવા મળવા પાત્ર હોય તો તેની વિગત : _____

મેડીકલ બીલ તથા તપાસણી ખર્ચની વિગત : _____

-: એકરાર નામું :-

આથી હું નીચે સહી કરનાર ઉપરોક્ત વિગતો તમામ સાચી જણાવું છું.
તથા પાછળ જોડેલ નિતી નિયમ મેં વાંચ્યા/વંચાવ્યા છે અને સમજ્યા છે તેની
ખાતરી આપું છું અને તેના માટે હું બંધનકર્તા છું. જો કોઈ વિગત તપાસ કરતા
ખોટી સાબીત થાય તો મારી અરજી બાબત તમામ વહીવટ સત્તા ઓશવાળ શિક્ષણ
અને રાહત સંઘને આપું છું. જેની ખાત્રી બદલ મેં નીચે મારી સહી કરી આપેલ છે.

અરજદારની સહી.....

સહી કરનારનું નામ.....

-: કાર્યાલય નોંધ :-

ચકાસણી કરનાર કર્મચારીની સહી : _____

અરજી મંજૂર કરનારની સહી : _____

અરજી મંજૂર થયાની તારીખ : _____ અરજી મંજૂર થયાની રકમ રૂ. : _____

રકમ ચુકવ્યાની તારીખ : _____

ચુકવેલ રકમના ચેક નંબર : _____

ચાલુ વર્ષમાં અત્યાર સુધી મળેલ તબીબી સહાય : _____

સમિતિ રીમાર્ક્સ : _____

-:નોંધ તથા નિતી-નિયમો:-

- હોસ્પિટલ બીલ, રીશીપ્ટ, ડીશ્યાર્જ કાર્ડ તથા ડોક્ટરના પ્રાસ્ક્રીપ્શનની ઝેરોફ કોપી, ઓપરેશન થયેલ હોય અથવા હોસ્પિટલમાં દાખલ થયેલ દર્દી અથવા તેમના અરજદારે અરજી પત્રક સાથે રજુ કરવાના રહેશે અને ઓરીજનલ સાથે રાખવાની રહેશે.
- પેથોલોજી તથા રેડિયોલોજી ટેસ્ટ રીપોર્ટ તથા તેના ઓરીજનલ બીલ આપવાના રહેશે.
- ઓપરેશનનું બીલ તથા રીશીપ્ટ, એનેસ્થેટીસ્ટના બીલ અને રીશીપ્ટ.
- જરૂર જણાશે તો સ્થળ ઉપર તપાસ કરવામાં આવશે.
- સંઘ દ્વારા 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 બંને જગ્યાએ અરજી કરવામાં આવશે તો બંને અરજીઓ રદબાતલ કરવામાં આવશે.
- અરજદાર દ્વારા અરજીમાં જણાવેલ વિગત જોટી સાબીત થશે તો તે અરજીઓ તત્કાલ રદ કરવામાં આવશે અને આવા અરજદાર સંસ્થા દ્વારા 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 દવાના ૫૦% ના સહાય આપવામાં આવશે. ફેરફારની સત્તા સમીતીની રહેશે.
- શક્ય હોય તો દવાઓ જેનેરીક મેડીકલ સ્ટોરમાંથી જ દવાઓ લેવાની રહેશે.
- ઓપરેશન પહેલા જો દર્દીને લેબોરેટરી રીપોર્ટ્સ અથવા એક્સ-રે, સીટી સ્કેન અથવા ઓપરેશનને લગતી અન્ય તપાસ કરવાની હોઈ તો તેમને ઈમરજન્સી રૂ. ૨,૦૦૦/- સુધી આપવામાં આવશે. જે મુળ બિલથી બાદ કરવામાં આવશે.
- વ્યક્તિ દરિ વર્ષ દરમિયાન રૂ. ૨૫,૦૦૦/- સુધીની મેડીકલ સહાય આપવામાં આવશે પરંતુ નીચે જણાવ્યા પ્રમાણે ચોક્કસ બીમારી તથા ઓપરેશન તથા તબીબી સારવાર માટે સંસ્થાએ નક્કી કર્યા મુજબની રકમ આપવામાં આવશે.

ડાયાલીસીસ	રૂ. ૧૦,૦૦૦/-	ફક્ત રીપોર્ટ્સ તથા કન્સલ્ટેશન અને ટ્રીટમેન્ટ :	
કેન્સરની સારવાર કીમો થેરાપી	રૂ. ૨૦,૦૦૦/-	યુ. એસ. જી.	રૂ. ૦૦,૫૦૦/-
કેન્સરની સારવાર રેડિયો થેરાપી	રૂ. ૧૦,૦૦૦/-	સીટી સ્કેન	રૂ. ૦૧,૦૦૦/-
આંખના મોતીયાનું એક આંખ ટિઠ ઓપરેશન ખર્ચના	રૂ. ૦૫,૦૦૦/-	એમ. આર. આઈ.	રૂ. ૦૩,૦૦૦/-
લીથો ટ્રીપ્સી (કીડની સ્ટોન રીમુવલ)	રૂ. ૧૦,૦૦૦/-	લોહીની તપાસ	રૂ. ૦૧,૦૦૦/-
કાકળા તથા મશાના ઓપરેશન	રૂ. ૦૫,૦૦૦/-	દમની સારવાર	રૂ. ૦૫,૦૦૦/-
ડી.એન.સી. (ગર્ભાશય)	રૂ. ૦૫,૦૦૦/-	બ્રોમકાઈટીસ	રૂ. ૦૫,૦૦૦/-
હિસ્ટ્રેક્ટોમી (ગર્ભાશય કોથળીનું ઓપરેશન)	રૂ. ૧૦,૦૦૦/-	કોનિક નેફ્રાઈટીસ - નેફ્રોટીક સીન્ડ્રોમ (કીડની બીમારી)	રૂ. ૧૦,૦૦૦/-
ડેન્ટલ સર્જરી એક્સીડન્ટ બાદ	રૂ. ૧૦,૦૦૦/-	ગેસ્ટ્રો એન્ડ્રાઈટીસ્ટ (ઝાળા-ઉલટી જે હોસ્પિટલમાં દાખલ હોય)	રૂ. ૦૫,૦૦૦/-
બત્રીસી	રૂ. ૦૩,૦૦૦/-	ડાયાબીટીસ	રૂ. ૧૦,૦૦૦/-
ડેન્ટલ રૂટ કેનાલ	રૂ. ૦૨,૦૦૦/-	ડાયાબીટીસ તથા તેના કોમ્પ્લીકેશન	રૂ. ૧૫,૦૦૦/-
કોરોનરી એન્જાયોગ્રાફી	રૂ. ૦૫,૦૦૦/-	એપિલેપ્સી (ફીટ)	રૂ. ૧૦,૦૦૦/-
ગોલ બ્લેન્ડર, પેન ફીયાઝ, બાઈલ ડક્ટ સર્જરી	રૂ. ૧૫,૦૦૦/-	હાઈપર ટેન્સન (ફક્ત બ્લડ પ્રેસર)	રૂ. ૦૬,૦૦૦/-
સારણ ગાંઠ, હાઈડ્રોસીસ, પ્રોસ્ટેટ	રૂ. ૧૦,૦૦૦/-	તાવ (અનબેન ઓરીજનલ) ઈન્ફ્લુએન્ઝા, કફ કોલ્ડ, ડેન્ગુ	રૂ. ૦૫,૦૦૦/-
પેટનું ઓપરેશન (મેજર સર્જરી)	રૂ. ૨૦,૦૦૦/-	ફીવર તથા ટોન્સીલાઈટીસ તથા યુ. આર. આઈ.	
જેનાઈટલ સર્જરી (જનેન્દ્રીયોનું ઓપરેશન)	રૂ. ૧૦,૦૦૦/-	(જે હોસ્પિટલમાં દાખલ હોય તે)	
નાકની સર્જરી	રૂ. ૦૫,૦૦૦/-	જો હોસ્પિટલમાં દાખલ ન હોય તો	રૂ. ૦૨,૦૦૦/-
ગળાની સર્જરી તથા કાન ની સર્જરી	રૂ. ૧૦,૦૦૦/-	આર્થ્રાઈટીસ ગાઉટ (વા)	રૂ. ૧૨,૦૦૦/-
એપેન્ડીક્સ તથા યુરીનરી સર્જરી	રૂ. ૧૦,૦૦૦/-	હૃદયની બાયપાસ સર્જરી તથા હૃદયનો વાલ્વ બદલવા તથા	રૂ. ૨૫,૦૦૦/-
ફેફરની ઓપરેશન વગરની સારવાર	રૂ. ૦૫,૦૦૦/-	એન્યો પ્લાસ્ટી	
ફેફરની ઓપરેશન સાથે સારવાર	રૂ. ૨૦,૦૦૦/-	ફીસ્ટ્યુલા તથા હરશ	રૂ. ૦૫,૦૦૦/-
ઓર્થોસ્કોપીની ગોઠવણની સર્જરી	રૂ. ૧૦,૦૦૦/-	જોઈન્ટ રીપ્લેસમેન્ટ(ની તથા હીપ તથા સોલ્ડર રીપ્લેસમેન્ટ)	રૂ. ૨૦,૦૦૦/-
નીદાન માટે લેપ્રોસ્કોપી સર્જરી	રૂ. ૦૫,૦૦૦/-	એચ. આઈ. વી. તથા તેના આનુસંગીક રોગોની સારવાર	રૂ. ૧૦,૦૦૦/-
કોઈપણ સર્જરી જનરલ એનેસ્થેશીયા, સ્પાઈનલ એનેસ્થેશીયા તથા લોકલ એનેસ્થેશીયા	જે સમીતી નક્કી કરે તે	હોમીયોપેથીક કન્સલ્ટેશન તથા દવાઓ	બીલના ૨૫%
		આયુર્વેદીક કન્સલ્ટેશન તથા દવાઓ	બીલના ૨૫%

ઉપર સીવાયના અન્ય બીમારી માટે મેડીકલ સહાયની રકમ મેડીકલ સહાય સમિતિને નક્કી કરવાનો અધીકાર રહેશે. જે આપને માન્ય રાખવાનું રહેશે.

આભાર સહ.....