



શ્રી કચ્છી વિશા ઓશવાળ સેવા સમાજ

શ્રી. ક.વિ.ઓ. દે. જૈન મહાજનવાડી, ત્રીજે માળે, ૯૯/૧૦૧, કેશવજી નાયક રોડ, ચીંચબંદર, મુંબઈ-૪૦૦ ૦૦૯.
ફોન: ૨૩૭૧ ૪૬૭૪ • E-mail: ksevasamaj@gmail.com • Website: www.kvoss.org
કાર્યાલય સમય: સવારે ૧૨ થી સાંજે ૫ • રવિવાર બંધ

113

વૈદકીય રાહત અરજી પત્રક

રૂ. ૫/-

દર્દીનું પુરુ નામ _____ અટક _____ નામ _____ પતિ/પિતાનું નામ _____ દાદા/સસરાનું નામ _____

ઉંમર _____ ગામ _____ મોબાઈલ નં. : _____

રહેઠાણનું સરનામું _____ ફોન નં. : _____

ધંધાનું સરનામું _____ ફોન નં. : _____

બિમારીનું નામ _____ કેટલા સમયથી છે : _____

બિમારીની સારવાર કરનાર ડોક્ટરનું નામ _____ ફોન નં. : _____

હોસ્પિટલનું નામ _____

સેવાસમાજ પ્રેરીત સંજીવની યોજનાના સભ્ય છો. હા / ના હોય તો કેટલા સમયથી સભ્ય છો _____ મેમ્બરશીપ નં. _____

બીજી કોઈ મેડીકલેમ પોલીસી હોય તો તેની સંપૂર્ણ વિગત _____ પોલીસી કેટલાની છે? _____

તા.ક. આ બિમારી માટે સંજીવની યોજના અથવા મેડીકલેમ પોલીસીમાંથી કેટલી રકમ પાસ થયેલ છે.

આપના ગામ / મહાજન / એરિયાના મંડળથી અથવા અન્ય ટ્રસ્ટ / સામાજિક સંસ્થા તરફથી આ બિમારી માટે વૈદકીય સહાય માટે કેટલી રકમ મળેલ છે. / અથવા અરજી કરેલ છે તેની સંપૂર્ણ વિગત ટ્રસ્ટ / મંડળના નામ અને ફોન નંબર સાથે

અન્ય સંસ્થામાંથી મળેલ રકમ એક અલગ કાગળ પણ લખવી:

બિમાર વ્યક્તિની માસિક આવક _____ કુટુંબમાં કમાવનાર સભ્યોની સંખ્યા _____

કુટુંબની કુલ માસિક આવક _____ કુટુંબના કુલ સભ્યોની સંખ્યા _____

સેવાસમાજ વૈદકીય રાહત યોજનામાંથી આપ અથવા આપના કુટુંબજનોની એ આર્થિક લાભ લીધેલ હોય તો તેની સંપૂર્ણ વિગત (વર્ષ અને કેટલી રકમ લાભ લેનાર વ્યક્તિનું નામ)

વૈદકીય ખર્ચની વિગત

વિગત	રૂ.	પૈસા
ડોક્ટરની ફી		
હોસ્પિટલ બીલ		
એક્ષ-રે કે અન્ય રીપોર્ટના બીલ		
લેબોરેટરી ચાર્જ		
દવાઓના ખર્ચ		
અન્ય ખર્ચ (વૈદકીય સારવારને સંલગ્ન)		
બિમારી ટોટલ ખર્ચ		

કેટલા રકમની સહાયની જરૂર છે _____

અગત્યની સુચના

- ૧) સારવાર કરતા ડોક્ટરનું બિમારી સર્ટીફિકેટ તથા સમગ્રી રીપોર્ટ જોડવું.
- ૨) હોસ્પિટલનું ડિસ્ચાર્જ કાર્ડ જોડવું દવાઓના પ્રિસ્ક્રીપ્શન (ડોક્ટરની ચીકી) જોડવા
- ૩) જે ટેસ્ટ કરાવ્યા તેની નકલો જોડવી.
- ૪) દરેક ખર્ચના ઓરીજિનલ બીલ જોડવા જરૂરી છે.
- ૫) દર્દીનું ખાતું બેંકમાં ન હોય તો અન્ય કુટુંબીના નામે ચેક મળશે.
- ૬) સંજીવની યોજના / મેડીકલેમ પોલીસીની ઝેરોકસ (નકલ).
- ૭) આ અરજી પત્રકમાં જણાવેલ દરેક વિગત સાચી હોવી જરૂરી છે.

વ્યવસ્થિત ફાઈલ બનાવીને
લઈ આવવું

ગામના મહાજનના અકક હોદ્દેદારની સહી અને સિકકો- ફોન નંબર

(૧)

ફોન નં. :

ગામની કોઈ સંસ્થા મેડીકલ સહાય આપે છે ? હા / ના અને એ સંસ્થાનું નામ
અને

સ્થાનિક ક.વિ.ઓ. સંસ્થાના હોદ્દેદારની સહી અને સિકકો (તમારા એરીયાની)

(૨)

ફોન નં. :

દર્દી વતી સહાય લેનારનું નામ
(બેન્કમાં ખાતું જરૂરી)

:

દર્દી સાથે સંબંધ :

મને રૂ.

અકે રૂપિયા

નો ચેક મળેલ છે.

પૈસા લેનારની સહી :

તારીખ :

કાર્યાલય માટે.....

Inward No.

વૈદકીય સહાય લેનારની સહી :

તા. :

અરજી મંજૂર / ના મંજૂર :

મંજૂર કરેલ રકમ :

તા. :

રીમાર્ક :

વૈદકીય સહાય સમિતીના મીટીંગમાં હાજર રહેલ સભ્યોના નામ :

હાજર નામ :

સહી :

(૧)

(૨)

(૩)

(૪)

(૫)

(૬)

DETAILS OF MEDICAL RELIEF

SR. NO	NAME OF DOCTOR/HOSPITAL NAME	DATE	BILL NO	AMOUNT
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
	PATHOLOGY BILL/ ANY OTHER CHECKING CENTER NAME			
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
	BILL OF MEDICINES/NAME OF CHEMIST			
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				