

શ્રી અમદાવાદ દિશાવાળ સમાજ પ્રેરિત ગ્લોબલ દિશાવાળ ફેમીલી સંચાલિત શ્રીમતી રેણુકાબેન જગદીશભાઈ પરીખ પરિવાર મેડીકલ સહાય યોજના

ફોટો
(ફરજિયાત)

ટ્રસ્ટ રજી. નં. A/3567, અમદાવાદ • IT PAN No. AABTS9842H

રસિકલાલ રંગવાલા સદન, વ, વાલ્મિકી કોમ્પ્લેક્સ, પ્રથમ માળ, કાલુપુર બેંક સામે, પરિમલ ગાર્ડન, અમદાવાદ-૩૮૦૦૦૬. (M) 95123 40532

તારીખ :

નામ :

નામ પિતા/પતિનું નામ અટક
ઉંમર : જન્મ તારીખ: - - પરિણીત અપરિણીત છુટાછેડા વિધવા વિધુર

સરનામું : પીનકોડ IT PAN No. :

જ્ઞાતિ ઘટક : મોબાઈલ

ઈ-મેલ : આયુષ્યમાન કાર્ડ નં. :

આધાર કાર્ડ નંબર : રેશન કાર્ડ નંબર :

કુટુંબમાં સભ્ય સંખ્યા : કમાનાર વ્યક્તિ - સંખ્યા : કુટુંબની કુલ વાર્ષિક આવક :

કાચમી બિમારી : હાલની બિમારી/ઓપરેશનની વિગત :

હોસ્પીટલનું નામ : ખર્ચની કુલ રકમ :

ડૉક્ટરનું નામ : મોબાઈલ : અન્ય સંસ્થામાંથી મળતી સહાય ની રકમ :

લાભાર્થીના બેંકનું નામ : બ્રાંચ :

બેંક ખાતા નંબર IFSC CODE

જ્ઞાતિઘટક ઓળખાણ: (ફરજિયાત)

(૧) હોદ્દાદારનું નામ : હોદ્દો : મો. :

(૨) હોદ્દાદારનું નામ : હોદ્દો : મો. :

- દિશાવાળ સમાજ ઉપરાંત અન્ય સમાજના એકલા રહેતા જરૂરિયાતમંદ પરણિત - અપરણિત - વિધવા - વિધુરને લાભાર્થી ગણવામાં આવશે, અને તેમને પ્રથમ પ્રાધાન્ય આપવામાં આવશે.
- દિશાવાળ સમાજ ઉપરાંત અન્ય સમાજના જરૂરિયાતમંદ પરિવારને લાભાર્થી ગણવા માટે તે સમગ્ર પરિવારની કુલ વાર્ષિક આવક રૂ.૩,૦૦,૦૦૦/- થી ઓછી હોવી જોઈશે, ફોર્મ ભરનારે ફોર્મમાં તેની વિગત ઉપરાંત અન્ય સંસ્થામાંથી મળતી સહાયની વિગત જણાવવાની રહેશે.
- આ યોજના અનુસાર હૃદય, ફેફસાં, લીવર, કિડનીની તકલીફ કે કેન્સર જેવાં અન્ય અન્ય રોગની સારવાર માટે આશ્રુવન દવાની આવશ્યકતાવાળા દર્દીઓને ડૉક્ટર દ્વારા સુચિત દવાઓના ખર્ચમાં યોગ્ય સહાયની રકમને ચેક દ્વારા અગ્ર બેંક ખાતામાં ડાયરેક્ટ જમા આપવામાં આવશે.
- આ યોજના અનુસાર હૃદય, ફેફસાં, લીવર, કિડની, કેન્સર, મોતિયા, કરોડરજ્જુ, ઘૂંટણ જેવાં અન્ય અન્ય રોગની સારવાર માટે ઓપરેશનની આવશ્યકતા હોય, તેવા દર્દીઓને ડૉક્ટર દ્વારા સુચિત ઓપરેશન ખર્ચમાં યોગ્ય સહાય આપવામાં આવશે. ઓપરેશનની આવશ્યકતાવાળા દર્દી "પ્રધાનમંત્રી આયુષ્યમાન કાર્ડ" ધરાવતાં હોવા આવશ્યક છે.
- આ યોજનાના ફોર્મમાં પૂરેપૂરી વિગતો સાથે ઓળખાણ માટે પોતાના જ્ઞાતિ ઘટકના પ્રમુખશ્રી - મંત્રીશ્રી જેવા હોદ્દાદારો/ટ્રસ્ટીશ્રીઓ પૈકી કોઈ બે મહાનુભાવોના નામ - હોદ્દો - મોબાઈલ નંબર આપવાના રહેશે.
- આ યોજનાના લાભાર્થીઓના નામ અને ફોર્મ માત્ર સમાજના રેકોર્ડમાં જ રહેશે, સમાજની અન્ય યાદીમાં તેમના નામ જાહેર કરવામાં આવશે નહીં, તેની સમાજ ખાત્રી આપે છે.
- આ યોજનાના ફોર્મની સાથે નીચેના પુરાવા આપવાના રહેશે ★ દર્દીનો એક ફોટોગ્રાફ ★ આધારકાર્ડની નકલ ★ આયુષ્યમાન કાર્ડની નકલ ★ બેંક ખાતાના ચેકની નકલ
- આ યોજનાના અમલીકરણ માટે નિયુક્ત કરાયેલ કમિટી ફંડની અનુકુળતા મુજબ લાભાર્થીના ફોર્મના આધારે ઉપરોક્ત સહાયની રકમ અંગે યોગ્ય નિર્ણય કરી શકશે, જે આખરી અને સર્વેને બંધનકર્તા રહેશે.

મેડીકલ સહાય યોજના કમીટી

- | | | | | | |
|--|---|-----------------------------|--------------------------------------|---|-----------------------------|
| ૧) શ્રી સિદ્ધાર્થભાઈ એ. શાહ | - | કન્વીનરશ્રી | ૨) શ્રી શૈલેષભાઈ સી. શાહ | - | સહકન્વીનરશ્રી |
| ૩) શ્રી સૌરીનભાઈ જે. પરીખ | - | કમીટી સભ્યશ્રી | ૪) શ્રી મિતેષભાઈ એમ. શાહ | - | કમીટી સભ્યશ્રી |
| ૫) શ્રી ચિંતનભાઈ પી. ગાંધી | - | કમીટી સભ્યશ્રી | ૬) શ્રી મિલનભાઈ વી. દેસાઈ | - | કમીટી સભ્યશ્રી |
| ૭) શ્રી દેવાંગભાઈ પી. દેસાઈ - પ્રમુખશ્રી | - | હોદ્દાની રૂએ કમીટી સભ્યશ્રી | ૮) શ્રી દીપકભાઈ સી. શાહ - મંત્રીશ્રી | - | હોદ્દાની રૂએ કમીટી સભ્યશ્રી |

આ ફોર્મમાં દર્શાવેલ તમામ વિગતો ને અમારા કુટુંબની આવક બાબતની વિગતો સાચી અને મારી જાણકારી મુજબની ખરી છે. અને સંસ્થાના નિતિ-નિયમોની મને જાણકારી છે, અને મંજૂર છે.

બિડાણ : (૧) આધાર કાર્ડ કોપી (૨) રેશન કાર્ડ કોપી (૩) બેંક ચેક કોપી (૪) આયુષ્યમાન કાર્ડ કોપી (૫) કેસ પેપર્સ કોપી લાભાર્થીની સહી

-: ઓફીસ વિગત :-

અરજદારની અરજી સ્વિકાર્ય : હા ના અંશત સ્વિકાર્ય સહાયની મંજૂર રકમ: મંજૂરીની તા. :

અરજદારની વિગત ચકાસણીનો રીપોર્ટ :

-: મેડીકલ સહાય યોજના કમીટીની મંજૂરી :-

૧ _____ ૨ _____ ૩ _____ ૪ _____ ૫ _____ ૬ _____ ૭ _____ ૮ _____