



# શ્રી પાટણ જૈન મંડળ

૭૭, પાટણ જૈન મંડળ માર્ગ, મશીન ડ્રાઈવ, મુંબઈ-૪૦૦૦૨૦.

☎ ૨૨૮૧૧૩૪૬ • ૨૨૮૧૧૨૧૮ • મો.: ૦૮૭૭૯૧૬૧૨૦૯

e.mail : patanmandal@gmail.com www. patanmandal.org

Latest  
Photograph

બોમ્બે પબ્લીક ટ્રસ્ટ એક્ટ ૧૯૫૦ મુજબ રજીસ્ટર્ડ નં. એ-૭૩૮ (મુંબઈ) એ-૭૯૧ (પાટણ) • સોસાયટીઝ રજીસ્ટ્રેશન એક્ટ ૧૯૬૦ મુજબ રજીસ્ટર્ડ નં. ૬૯૦

## હાર્ટકેર-હૃદય રોગ સારવાર સહાયનું અરજીપત્રક 2024-2025

પ્રેરક દાતા : શ્રી રમણલાલ પોપટલાલ શાહ (પ્રદિપકુમાર એન્ડ કું.) ચેરીટેબલ ટ્રસ્ટ હાર્ટકેર રીલીફ ફંડ  
સહયોગી દાતા: શ્રીમતી સુભદ્રાબેન રમણલાલ શાહ (પ્રદિપકુમાર એન્ડ કું.) ચેરીટેબલ ટ્રસ્ટ હાર્ટકેર રીલીફ ફંડ  
આ લાભ સમાજનાં આર્થિક જરૂરિયાતવાળા કુટુંબોને જ આપવામાં આવે છે.

### અરજદારે ફોર્મની સંપૂર્ણ વિગતો ભરવી જરૂરી છે.

(જે પુઠ્ઠ મોકલેલ હોય ત્યાં ✓ કરવું)

Latest Last 3 Month's Light Bill - છેલ્લા ત્રણ મહિનાના લઈટ બિલ

Proof of Family Income ie. ITR  Salary Certificate, etc. આવકનું પ્રમાણપત્ર  ઈન્કમ ટેક્સ રિટર્નની કોપી  પગારનો દાખલો

Proof of identity : Aadhar Card (આધાર કાર્ડ)  • Bank Details: કેન્સલ કરેલ ચેકની ઝેરોક્ષ

Original Medical Bill discount, Copy of Laboratory Report, Doctor Original Prescription for Medical Sahay - ઓરિજિનલ મેડિકલ બિલ કમિશન સાથે, લેબોરેટરી રિપોર્ટની ઝેરોક્ષ, ડૉક્ટરનું ઓરિજિનલ પ્રિસ્ક્રિપ્શન મેડિકલ સહાય માટે

પ્રતિ, માનદમંત્રીશ્રી, મેડિકલ સમિતિ

હું નીચેની વિગત સાથે દવા સહાય માટે અરજી કરું છું, અરજીમાં

જણાવેલી વિગતો મેં સાચી અને સમજણપૂર્વક લખેલ છે.

ફેમિલી આઈ.ડી.નં.:

મેડિકલેઈમ પોલિસી લેવી ફરજિયાત રહેશે.

અરજદારનું પુરું નામ:	મૂળ વતન:
દર્દીનું પુરું નામ:	મહોલ્લો:
રહેઠાણનું પુરું સરનામું:	મોબાઈલ:
	ફોન ઘર:
E-mail :	આધાર કાર્ડ નં.

અરજદાર કે દર્દી મહિલા પાટણ જૈન સિવાય જૈન કે જૈનેતર સમાજમાં પરણી હોય તો વતન: જ્ઞાતિ:  
પતિનું પુરું નામ:  
સરનામું

ખાસ નોંધ: અરજદાર પરિણીત હોય અને ઘરના પુરુષ હયાત હોય તો તેમના નામે જ અરજી કરવાની રહેશે

અરજદાર અને સાથે રહેતી વ્યક્તિઓની વિગત		ઘરના કૂલ સભ્યો :		પરિવારના કમાતા સભ્યો :	
પૂરું નામ	સંબંધ	ઉંમર	હાલની પ્રવૃત્તિ	માસિક આવક	
૧	અરજદાર				
૨					
૩					
૪					
૫					

દર્દીની વિગત માંદગી કેટલા સમયથી  
ફેમિલી ડોક્ટરનું નામ : મોબાઈલ નં :  
ઓપરેશન કરાવ્યું છે / કરાવવાનું છે ?  
હોસ્પિટલ / નર્સિંગ હોમનું નામ :

ડોક્ટર / કન્સલ્ટન્ટનું નામ:			
દવા ખર્ચ	રકમ	હોસ્પિટલ સારવાર ખર્ચ	રકમ
૧. દવા ખર્ચ (બિલ પ્રમાણે)	રૂા	૧. ડોક્ટર ચાર્જીસ	રૂા

2. કન્સલટન્ટ ફી	રૂા	2. હોસ્પિટલ બિલ	રૂા
3. રીપોર્ટ ખર્ચ	રૂા	3. સાધન બિલ	રૂા
		4. અન્ય ખર્ચ-(વિગત સાથે)	
<b>કુલ ખર્ચનો સરવાળો :</b>			
❖ હોસ્પિટલમાં કયા વર્ગમાં		કેટલા દિવસ?	દૈનિક ચાર્જ
❖ હોસ્પિટલમાં આઈસીયુમાં રહ્યા હોયતો કેટલા દિવસ?			દૈનિક ચાર્જ
❖ હોસ્પિટલમાં સારવાર લેવાનું કારણ : નિદાન / ઇન્ફેક્શન / સર્જરી / અન્ય			
❖ સારવાર લેનારની મેડિકલેઈમ પોલીસી છે ? હા / ના	● મેડિકલેઈમ પોલીસી કેટલાની છે ?		
❖ મંડળ દ્વારા SBI જનરલ મેડિકલેઈમ પોલીસી લીધી છે? હા / ના			
❖ મેડિકલેઈમ પોલીસી લીધેલ ન હોય તો કારણ જણાવો :			
❖ મંડળમાંથી મેડિકલેઈમ પોલીસી પ્રિમિયમ સહાય મેળવેલ છે ? હા / ના રૂા.			
છેલ્લા બાર મહિનામાં સંસ્થામાંથી દવા / હોસ્પિટલ સહાય લીધી છે? હા/ના રૂા.			
સમાજનાં પરિચિત ગૃહસ્થનું પુરું નામ, રહેઠાણ અને મહોલ્લો:		ઘર ફોન:	
		મોબાઈલ:	

**ખાસ નોંધ :** અરજીપત્રક સાથે નીચેની વિગતો રજૂ કરવી જરૂરી છે. અધુરી વિગતોવાળું અરજીપત્રક પર ધ્યાન આપવામાં આવશે નહિ. દવાના કુલ ખર્ચના અસલ બિલો-ડોક્ટરના પિસ્કીપ્શનની ઝેરોક્ષ સાથે, હોસ્પિટલ અસલ બિલો, હોસ્પિટલ રીપોર્ટની ઝેરોક્ષ, મેડિકલેઈમ પોલીસીની ઝેરોક્ષ, હોસ્પિટલ ડિસ્ચાર્જ કાર્ડની ઝેરોક્ષ, અન્ય ખર્ચની વિગતવાર માહિતી A.B.C.D. માં અરજદારે ફરજિયાત લખવાની રહેશે.

<b>કુલ ખર્ચની વિગત – તારવણી</b>					
<b>A.</b> દવાના બિલોની વિગત			<b>B.</b> લેબોરેટરી, એક્સ રે, ઈન્વેસ્ટિગેશન ડાયગ્નોસીસ વિગેરે નિદાનની વિગત		
તારીખ	રકમ	મેડિકલ સ્ટોરનું નામ	તારીખ	રકમ	લેબોરેટરીનું નામ
<b>C.</b> હોસ્પિટલ, ઓપરેશન ઇત્યાદિ ખર્ચની વિગત			<b>D.</b> અન્ય ખર્ચની વિગત		
તારીખ	રકમ	વિગત	તારીખ	રકમ	વિગત
			નોંધ		

A. B. C. D. નો કુલ ખર્ચનો સરવાળો રૂા

**નોંધ: A. B. C. D. માં અહીં સમાવેશ ના થઈ શકેલ બિલ તથા ખર્ચની વિગતો અલગ કાગળમાં લખીને મોકલવાની રહેશે.**

આ સારવાર માટે અરજદારે અન્ય સંસ્થા કે સંઘોમાંથી સહાય લીધેલ છે હા / ના (જો સહાય મેળવી હોયતો)

સંસ્થા કે સંઘનું પુરું નામ .....

સહાયની રકમ .....

મંજુર થયેલ રકમ અમારા બેન્કના ખાતામાં ટ્રાન્સફર કરશો. : બેન્ક ખાતાની વિગત :

ખાતેદારનું નામ :		શાખાનું નામ :	
બેન્કનું નામ :		IFSC CODE :	
ખાતા નંબર :			
ખાસ નોંધ: રદ કરેલ ચેક અથવા ચેકની ઝેરોક્ષ નમુના રૂપે અરજી સાથે જોડવી.			
અરજદારની સહી :		સારવાર લેનારની સહી :	
-: કાર્યાલય માટે :-			
● અરજી લેનારની સહી		● અરજી મળ્યા તારીખ	
● મિટીંગ / નિર્ણય તારીખ		● નિર્ણય : મંજુર / નામંજુર / વધુ તપાસ માટે મુલતવી.	
● મંજુર રકમ	તારીખ	માનદમંત્રી – મેડિકલ સમિતિ	