



# 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

## માંદગી સારવાર સહાયનું અરજીપત્રક 2024-2025

આ લાભ સમાજનાં આર્થિક જરૂરિયાતવાળા કુટુંબોને જ આપવામાં આવે છે.

- દવા સહાય યોજના : પ્રેરક દાતા : શ્રીમતી સુધાબેન પનાલાલ ચુડધર
- નેત્ર ચિકિત્સા સહાય યોજના : પ્રેરક દાતા : શ્રીમતી મણીબેન અમૃતલાલ શાહ (પદ્મણી ઓપ્ટીશીયન)
- કિડની ટ્રીટમેન્ટ રીલીફ યોજના : પ્રેરક દાતા : શ્રી ચંપકલાલ મફતલાલ ચુડધર
- ન્યુરોલોજીકલ મેડિકલ રીલીફ યોજના : પ્રેરક દાતા : શ્રીમતી સુશીલાબેન કાંતિલાલ નાગરદાસ શાહ પરિવાર
- ઓર્થોપેડિક રીલીફ યોજના : પ્રેરક દાતા : શ્રીમતી કલાવતીબેન કાંતિલાલ મફતલાલ ચુડધર
- મધર એન્ડ ચાઈલ્ડ હેલ્થ કેર રીલીફ યોજના : પ્રેરક દાતા : શ્રીમતી સુભદ્રાબેન વૃજલાલ અંબાલાલ (જયાબેન સુરભાઈ ટ્રસ્ટ-મદ્રાસ)
- પીડીયાટ્રીક મેડિકલ રીલીફ યોજના : પ્રેરક દાતા : શ્રીમતી મધુરીકાબેન નરેન્દ્રભાઈ કાંતિલાલ શાહ
- ડાયાબિટીસ મેડિકલ રીલીફ યોજના : પ્રેરક દાતા : શ્રી રમણલાલ પોપટલાલ શાહ (પ્રદીપકુમાર એન્ડ કું.) ચેરીટેબલ ટ્રસ્ટ
- ઈન્વેસ્ટીગેશન ડાયાબોસીસ રીલીફ યોજના : પ્રેરક દાતા : શ્રીમતી સુભદ્રાબેન રમણલાલ શાહ (પ્રદીપકુમાર એન્ડ કું.) ચેરીટેબલ ટ્રસ્ટ  
સહયોગી દાતા : શ્રી રમણલાલ પોપટલાલ શાહ (પ્રદીપકુમાર એન્ડ કું.) ચેરીટેબલ ટ્રસ્ટ
- ડાયાલીસીસ (કીડની) મેડિકલ રીલીફ યોજના : પ્રેરક દાતા : શ્રીમતી નિર્મળાબેન રવિન્દ્રભાઈ મોહનલાલ શાહ
- કેન્સર રીલીફ યોજના : પ્રેરક દાતા : શ્રી ઝલલાવાળા મેમોરીયલ  
સહયોગી દાતા : શ્રી કીર્તિલાલ સોમચંદ શાહ
- કેન્સર (સર્જરી) રીલીફ યોજના : પ્રેરક દાતા : શ્રી ચંદ્રકુમાર મણીલાલ ઉત્તમચંદ ઝવેરી (સાહેબા)
- કેન્સર થેરેપી યોજના : પ્રેરક દાતા : શ્રીમતી પુષ્પાબેન હસમુખલાલ શાહ
- ENT (કાન-નાક-ગળા) મેડિકલ ટ્રીટમેન્ટ રીલીફ યોજના : પ્રેરક દાતા : શ્રીમતી ગુલાબબેન રમણલાલ શાહ
- ડેન્ટલ ટ્રીટમેન્ટ મેડિકલ રીલીફ યોજના : પ્રેરક દાતા : શ્રી હરસુખલાલ બાપુલાલ શાહ તથા શ્રીમતી રસીલાબેન હરસુખલાલ શાહ પરિવાર
- આઈ સર્જરી મેડિકલ રીલીફ યોજના : પ્રેરક દાતા : શ્રીમતી કુસુમબેન સનાલાલ જેશીંગલાલ શાહ

(જે પુક મોકલેલ હોય ત્યા ✓ 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

Details of the Add proof: વિધવા સહાય, કુંવારા કે છૂટાછેડા મેળવેલ હોય અને સહાય મેળવતા હોય તો જેની સાથે રહો છો તેની વિગત અને સરનામાનું પુક

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

ફેમિલી આઈ.ડી.નં.:

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

જણાવેલી વિગતો મેં સાચી અને સમજણપૂર્વક લખેલ છે.

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 પુરુ 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					

મુખ્ય દર્દની વિગત :	માંદગી કેટલા સમયથી
અન્ય દર્દની વિગત :	માંદગી કેટલા સમયથી
ફેમિલી ડોક્ટરનું નામ:	મોબાઈલ નં.:
ઓપરેશન કરાવ્યું છે / કરાવવાનું છે?	
ડોક્ટર / કન્સલટન્ટનું નામ :	
હોસ્પિટલ / નર્સિંગ હોમનું નામ :	

દવા ખર્ચ	રકમ	હોસ્પિટલ સારવાર ખર્ચ	રકમ
૧. દવા ખર્ચ (બીલ પ્રમાણે)		૧. ડોક્ટર ચાર્જીસ	
૨. કન્સલટન્ટ ફી		૨. હોસ્પિટલ બિલ	
૩. રીપોર્ટ ખર્ચ		૩. સાધન બિલ	
		૪. અન્ય ખર્ચ (વિગત સાથે)	
કુલ ખર્ચનો સરાવાળો			
❖ હોસ્પિટલમાં કયા વર્ગમાં		કેટલા દિવસ?	દૈનિક ચાર્જ
❖ હોસ્પિટલમાં આઈસીયુમાં રહ્યા હોયતો કેટલા દિવસ?			દૈનિક ચાર્જ
❖ હોસ્પિટલમાં સારવાર લેવાનું કારણ : નિદાન / અકસ્માત / ઇન્ફેક્શન/ સર્જરી / કોરોના / અન્ય			
❖ સારવાર લેનારની મેડિકલેઈમ પોલીસી છે ? હા / ના ● મેડિકલેઈમ પોલીસી કેટલાની છે ?			
❖ મંડળ દ્વારા આપવામા આવતી મેડિકલેઈમ પોલીસી લીધી છે? હા / ના રૂ.			
❖ મેડિકલેઈમ પોલીસી લીધેલ ન હોય તો કારણ જણાવો :			
❖ મંડળમાંથી મેડિકલેઈમ પોલીસી પ્રિમિયમ સહાય મેળવેલ છે ? હા / ના રૂ.			
છેલ્લા બાર મહિનામાં સંસ્થામાંથી દવા/હોસ્પિટલ સહાય લીધી છે? હા / ના રૂ.			



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

1. સંસ્થા કે સંઘનું પુરું નામ ..... સહાયની રકમ .....

2. સંસ્થા કે સંઘનું પુરું નામ ..... સહાયની રકમ .....

મંજુર થયેલ રકમ અમારા બેન્કના ખાતામાં ટ્રાન્સફર કરશો. :

બેન્ક ખાતાની વિગત :

ખાતેદારનું નામ :			
બેન્કનું નામ :	શાખાનું નામ :		
ખાતા નંબર :			
IFSC CODE :			
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