

॥ श्री अनंतनाथाय नमः ॥

श्री कर्णी दशा ओशवाल जैन ज्ञाति मद्यजन, मुंभय  
संयालित



शैठश्री नरशी नाथा मेडीकल ट्रस्ट

[Regd. under Bombay Public Trust Act. 1950 Reg. No. E-11572 (BOM) Dated 24-2-1988]

श्री अनंतनाथज म्भाराज जैन देरासरज, 302/306, नरशी नाथा स्ट्रीट, श्री अनंतनाथज योक, मुंभय - 400006. फोन : 23842298

वैद्यकिय सहाय माटे अरज पत्रक

फोर्म दर 31.5/-

नं.

दर्टीनुं नामः _____	कख गामः _____	उंमरः _____
घरनुं सरनामुं : _____	संपर्क नं. _____	
व्यवसाय / शेठनुं नामः _____		
सरनामुं : _____	संपर्क नं. _____	
लागापत्रक नं. _____		

दर्टी अने साथे र्हेतां कुटुंबना सल्योनी विगतः

क.	सल्यनुं नाम	सल्यनो संबंघ	उंमर	मासिक आवक	डालमां प्रवृत्ति शुं करे छे ?
1					
2					
3					
4					
5					
6					

माननीय ट्रस्टी साडेभ,

उपर जहावेले बधीज विगतो संपूर्णपणे साथी अने समजदारी पूर्वक लरवामां आवेले छे. आ फोर्म मारी मजबूरीथी अन्य कोध व्यवस्था/ वधारे न थध शकवाने लीधे लरी रह्यो छुं. आपने त्यांथी मणेल सहाय जे कारणासर लीधेले छे इक्त तेना माटेज उपयोग करीश अन्यथा ऐनो उपयोग नही करुं.

मात्रु बेंकमां भातु / मारा परिवारमांथी / होस्पिटल \_\_\_\_\_  
नामे छे. जो मारी अरज पास थायतो ते प्रमाणे येक आपवा महेरबानी करशोज.

अरजदारनी सडी / पुत्रनाम / दर्टी साथेनो संबंघ

(दर्टी जो अरज करवा माटे अशक्त होय तोज) \_\_\_\_\_ दर्टीनी सडी

भास नोधः

1. अरजपत्रक पूरी रीते लरवी जरूरी छे. (ओरीजिनल बीलो अने डोकरे लभेल प्रिस्क्रिप्शन साथे जोडवी जरूरी छे.)
2. ओछी विगत के भोटी विगत के अन्य कोधपणा कारणासर अरज नामंजूर करवानो उक्त ट्रस्टना अधिकारीओने र्हेले छे.
3. अरज पास थयेथी आपना आपेल सरनामे पत्रथी के फोनथी जाणा करवामां आवशे.
4. व्यवस्थापक समितिना सल्य तथा गामना म्भाराजना अधिकारीनी अलग ललामण फोन नं. साथे जरूरी छे.
5. विशेष माछिती जुदा पत्र पर विगतवार जहाववी.
6. अरजदार के तेना कुटुंबना सल्यो नोकरीमां छशे, तेओऐ आवकनुं प्रमाणपत्र साथे जोडवुं आवश्यक छे.

શ્રી ક.દ.ઓ. જૈન જ્ઞાતિ મહાજનની વ્યવસ્થાપક સમિતિના સભ્યની ભલામણ

હું ભાઈશ્રી / બહેન શ્રી (અરજદાર) \_\_\_\_\_

ને છેલ્લા \_\_\_\_\_ વર્ષથી ઓળખુ છું એમણે આપેલી વિગત સાથે સંપૂર્ણ સહમત થાઉં છું તેમજ આપેલી વિગતો સાચી છે.

અરજદારને નીચેના કારણોસર સહાયતા કરવા યોગ્ય સમજુ છું.

	વ્ય. સ. સભ્યનું નામ : _____
	સરનામું : _____
	ફોન / મો.નં. _____
	તારીખ : _____
	વ્ય.સ. સભ્યની સહી : _____

આપની પરિસ્થિતિની પૂરેપૂરી જાણકારી હોય એવી ગામના મહાજનના અધિકારી / પ્રતિષ્ઠિત વ્યક્તિની અરજદારને નીચેના કારણોસર સહાયતા કરવા ભલામણ કરુ છું.

	ગામના મહાજન / પ્રતિષ્ઠિત વ્યક્તિનું નામ : _____
	સરનામું : _____
	ફોન / મો.નં. _____
	તારીખ : _____
	સહી : _____

વૈદ્યકિય સહાય મેળવવા અરજદારને ડોક્ટર મારફત ભરાવવાની વિગત

**MEDICAL INFORMATION (By Medical Doctor Only.)**

This is to Certify that Shri/Smt./Kum \_\_\_\_\_

Age \_\_\_\_\_ is / was / has been suffering from \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ and is / was / has been under my treatment since dt. \_\_\_\_\_

Name & Address of Doctor : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Doctor's Signature with Rubber Stamp & Registration No.**  
**(Request to fill details in CAPITAL Letters)**



નિયમો

૧. શેઠશ્રી નરશી નાથા મેડીકલ ટ્રસ્ટ માંથી કોઇપણ પ્રકારની સહાયતા મેળવવા માટે અથવા નવી પોલીસી કઢાવવા માટે અથવા રિન્યુઅલ માટે શ્રી ક.દ.ઓ. જૈન જ્ઞાતિ મહાજન, મુંબઇના સભાસદ હોવા અત્યંત જરૂરી છે. અને મહાજનશ્રીના લાગા ચાલુ વરસના ભરેલા હોવા જરૂરી છે. બંધારણ કલમ ૮(૧).
૨. જો આપની મેડીકલેઇમ પોલિસી ટ્રસ્ટ દ્વારા ન કઢાવેલી હશે તો / અથવા આપની પાસે અન્ય કોઇ પોલિસી હશે તો તેની કોપી સાથે જોડવાની રહેશે / જો પોલિસી ન હોય તો આપશ્રી ટ્રસ્ટ દ્વારા મળતી વૈદ્યકીય સહાયના હક્કદાર રહેશો નહીં.
૩. રેગ્યુલર દવાના ખર્ચ લેતા જ્ઞાતિજનો માટે સુચના કે પોતાના દવાના ખર્ચની સહાયતા માટેના અરજી સાથેના એક મહિનાના બીલ બીજા મહિનાના ૧૫ તારીખ સુધી લઇ શકાશે. ઉદા. એપ્રિલ મહિનાના બીલ, મે મહિનાના તા. ૧૫ સુધી લઇ જવાના રહેશે. તે પછી તે બીલ સ્વીકારવામાં આવશે નહીં. અને તે બીલ આગળની અરજીમાં સ્વીકારવામાં આવશે નહીં.
૪. દવા (મેડીસીન) ખર્ચ માટે કરેલ અરજીની રકમ પર માત્ર ૫૦ % રાહત મળશે.
૫. સહાયતાના અરજીમાં પાછળના પાના પર બે જણાની સહી લેવાની રહેશે. જેમાં એકમાં મુંબઇ મહાજનશ્રીના વર્તમાન વ્યવસ્થાપક સમિતિના ૫૧ સભ્યોમાંથી જે સભ્ય આપશ્રીને ઓળખતા હોય તેઓની સહી લેવાની રહેશે. અને બીજામાં આપશ્રીના કચ્છ ગામના મહાજનના પ્રમુખ અથવા અધિકારીઓની સહી લેવાની રહેશે. બાજુમાં આપેલ ખાનામાં સહી કરનાર વ્યક્તિને સંક્ષિપ્તમાં અરજદારની પરિસ્થિતિની માહિતી લખવાની રહેશે. અધૂરા ફોર્મ સ્વીકારવામાં આવશે નહીં.
૬. જે જ્ઞાતિજનોને સંજોગોવસાત મેડીકલ લોન (હોસ્પિટલ ખર્ચ માટે) લેવાની હશે તેઓ ને લોન ફોર્મ ભરવાના રહેશે. એમાં અરજદારને બે ગેરંટર આપવાના રહેશે, સાથે અરજદારને અને ગેરંટર બન્નેના સિક્યુરીટી ચેક અને અરજદારના પોસ્ટ ડેટેડ ચેક આપવાના રહેશે. જો અરજદાર રકમ ભરવામાં નિષ્ફળ જાય તો ગેરંટર પાસેથી રકમ લેવામાં આવશે.
૭. મેડીકલેઇમ પોલિસી મળ્યા બાદ પોલિસી ધારકે પોલિસીના નિયમો અને માહિતી પત્રક વ્યવસ્થિત વાંચી લે જેથી ક્લેમ કરતી વખતે કે હોસ્પિટલમાં દાખલ કરતી વખતે સરળતા રહેશે. પોલિસી ક્લેમ ફોર્મ પોતે ભરવાના રહેશે. ટ્રસ્ટના કર્મચારી દ્વારા માર્ગદર્શન મળશે. ફોર્મ ભરી આપવાનો આગ્રહ કર્મચારીને કરશો નહીં.

અરજદારની સહી \_\_\_\_\_