Website : www.ads-online.in
E-mail : dishawalsaurabh@yahoo.com

॥ શ્રી સિધ્ધાંબિકાય નમઃ ॥

ફોર્મ નંબર :

શ્રી અમદાવાદ દિશાવાળ સમાજ પ્રેરિત ગ્લોબલ દિશાવાળ ફેમીલી સંચાલિત

શ્રીમતિ રેણુકાબેન જગદીશભાઈ પરીખ પરિવાર	-	આર્થિક અનુદાન	રૂા. ૩૧,૦૦,૦૦૦/-
શ્રીમતિ કુંજબાળાબેન મહેન્દ્રભાઈ સૈરૈયા પરિવાર	-	આર્થિક અનુદાન	રૂા. ૧૫,૦૦,૦૦૦/-
શ્રી નરેન્દ્રભાઈ પી. શાહ, શ્રી ભુપેન્દ્રભાઈ પી. શાહ પરિવાર	-	આર્થિક અનુદાન	રૂા. ૫,૦૦,૦૦૦/-

ફોટો
(ફરજીયાત)

મેડીકલ સહાય યોજના (૭૦ વર્ષ સુધીના માટે)

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

રસિકલાલ રંગવાલા સદન, ૫, વાલ્મિકી કોમ્પલેક્ષ, 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 ☐☐☐☐☐☐

જ્ઞાતિ ઘટક : ____________ મોબાઈલ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(ફરજીયાત) (ફરજીયાત)

આધાર કાર્ડ નંબર : ____________ રેશન કાર્ડ નંબર : ____________ આયુષ્યમાન કાર્ડ નં. : ____________
(ફરજીયાત) (ફરજીયાત) (ફરજીયાત)

કુટુંબમાં સભ્ય સંખ્યા : _______ કમાનાર વ્યક્તિ - સંખ્યા : _______ કુટુંબની કુલ વાર્ષિક આવક : ____________
(ફરજીયાત)

કાયમી બિમારી : ____________ હાલની બિમારી/ઓપરેશનની વિગત : ____________

હોસ્પીટલનું નામ : ____________ મેડીકલ ખર્ચની કુલ રકમ : ____________

ડૉક્ટરનું નામ : ____________ મોબાઇલ : ____________ અન્ય સંસ્થામાંથી મળતી સહાય ની રકમ : ____________

લાભાર્થીના બેંકનું નામ : ____________ બ્રાંચ : ____________

બેંક ખાતા નંબર ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ IFSC CODE ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

જ્ઞાતિઘટક ઓળખાણ: (ફરજીયાત)

(૧) નામ : ____________ મો. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (૨) નામ : ____________ મો. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

૧) દિશાવાળ સમાજ ઉપરાંત અન્ય સમાજના ૭૦ વર્ષ સુધીના જરૂરિયાતમંદ પરણિત - અપરણિત – વિધવા – વિધુરને લાભાર્થી ગણવામાં આવશે, અને તેમને પ્રથમ પ્રાધાન્ય આપવામાં આવશે.
૨) ૭૦ વર્ષથી વધુ ઉંમરના વડીલોને "વડીલ વંદના યોજના"ના ફોર્મ ભરવાના રહેશે.
૩) જરૂરિયાતમંદ પરિવારની કુલ વાર્ષિક આવક રૂ.૩,૦૦,૦૦૦/- થી ઓછી હોવી જોઈએ, ફોર્મ ભરનારે ફોર્મમાં તેની વિગત ઉપરાંત અન્ય સંસ્થામાંથી મળતી સહાયની વિગત જણાવવાની રહેશે.
૪) હૃદય, ફેફસાં, લીવર, કિડનીની તકલીફ કે કેન્સર જેવાં અન્ય કોઇપણ રોગની સારવાર માટે આજીવન દવાની આવશ્યકતાવાળા દર્દીઓને ડોકટર દ્વારા સુચિત દવાઓના ખર્ચમાં યોગ્ય સહાય
૫) હૃદય, ફેફસાં, લીવર, કિડની, કેન્સર, મોતિયા, કરોડરજ્જુ, ઘૂંટણ જેવાં અન્ય કોઇપણ રોગની સારવાર માટે ડોકટર દ્વારા સુચિત ઓપરેશન ખર્ચમાં યોગ્ય સહાય. દર્દી પાસે "આયુષ્યમાન કાર્ડ" આવશ્યક છે.
૬) સહાયની રકમને ચેક દ્વારા અગર બેંક ખાતામાં ડાયરેક્ટ જમા આપવામાં આવશે.
૭) આ યોજનાના ફોર્મમાં પૂરેપુરી વિગતો સાથે ઓળખાણ માટે પોતાના જ્ઞાતિ ઘટકના પ્રમુખશ્રી – મંત્રીશ્રી જેવા હોદ્દેદારો/ટ્રસ્ટીશ્રીઓ પૈકી કોઈ બે મહાનુભાવોના નામ – હોદ્દો – મોબાઈલ નંબર આપવાના રહેશે.
૮) 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.
૯) આ યોજનાના ફોર્મની સાથે નીચેના પુરાવા આપવાના રહેશે ★ દર્દીના આધારકાર્ડની નકલ ★ આયુષ્યમાન કાર્ડની નકલ ★ બેન્ક ચેકની નકલ ★ ડૉ. ના છ માસના કેસ પેપર ★ દવાના બીલોની નકલ
૧૦) 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 સિધ્ધાર્થભાઈ એ. શાહ	-	કન્વીનરશ્રી	૨) શ્રી શૈલેષભાઈ સી. શાહ	-	સહકન્વીનરશ્રી
૩) શ્રી સૌરીનભાઇ જે. પરીખ	-	કમીટી સભ્યશ્રી	૪) શ્રી મિતેષભાઈ એમ. શાહ	-	કમીટી સભ્યશ્રી
૫) શ્રી ચિંતનભાઇ પી. ગાંધી	-	કમીટી સભ્યશ્રી	૬) શ્રી ધવલભાઈ આર. શાહ	-	કમીટી સભ્યશ્રી
૭) શ્રી દેવાંગભાઇ પી. દેસાઇ	-	પ્રમુખશ્રી હોદ્દાની રૂએ	૮) શ્રી દીપકભાઇ સી. શાહ	-	મંત્રીશ્રી હોદ્દાની રૂએ

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 મંજુર છે.

બિડાણ : (૧) આધાર કાર્ડ કોપી ☐ (૨) રેશન કાર્ડ કોપી ☐ (૩) બેંક ચેક કોપી ☐ (૪) આયુષ્યમાન કાર્ડ કોપી ☐ (૫) કેસ પેપર્સ કોપી ☐ (૬) બીલોની કોપી ☐

લાભાર્થીની સહી

-: ઓફીસ વિગત :-

અરજદારની અરજી સ્વિકાર્ય : હા ☐ ના ☐ અંશત સ્વિકાર્ય ☐ સહાયની મંજુર રકમઃ ____________ મંજુરીની તા. :____________

અરજદારની વિગત ચકાસણીનો રીપોર્ટ :______________________________

____

-: મેડીકલ સહાય યોજના કમીટીની મંજુરી :-

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