



- સ્થાપના -
સને ૧૯૨૭

શ્રી પર્થી સર્વોદય સમાજ

દયાલ ભુવન, રૂમ નં. ૮, ૧૦૪, કેશવજી નાયક રોડ, ચીંચબંદર,
મુંબઈ - ૪૦૦ ૦૦૯. ★ ફોન : ૨૩૭૭૫૩૧૨

પોસ્ટ : પત્રી, તા. મુન્દ્રા, જિ. કચ્છ - ૩૭૦ ૪૨૫.



- ટ્રસ્ટ રજી. -
એ-૭૫૭ કચ્છ

સેવાનાં ૭૫ વર્ષ

વૈદકીય રાહતની સભસીડી યોજના અરજી પત્રક :
(પાછળ દર્શાવેલી સૂચનાઓ લક્ષમાં લઈને જ આ ફોર્મ ભરવું)

અરજદારનું પુરું નામ	અટક	નામ	પિતાશ્રી	દાદાશ્રી	
અરજદારનું સરનામું					
ટેલીફોન નં.:	(ઘર)	(દુકાન/ઓફીસ)			
દર્દી અંગે વિગતો	પુરું નામ		ઉંમર	અરજદાર સાથેનો સંબંધ	
દર્દીનો પત્રીમાં વસવાટ	પત્રીમાં મૂળ નિવાસી છો ?		અથવા પત્રીમાં કેટલા વર્ષથી રહો છો ?		
દર્દીની સારવાર અંગે માહિતિ	ડોક્ટર કે હોસ્પિટલનું નામ		સ્થળ - ટેકાણું		
સારવાર પાછળ થયેલ ખર્ચ અંગે માહિતિ	દવાના વેપારીનું નામ		સ્થળ	બીલ નંબર	
				બીલની રકમ (રૂ.)	
કન્સલ્ટેશન-એક્સરે-સ્કીનીંગ લોહી-ઝાડા તપાસ પાછળ થયેલ ખર્ચની વિગત	એક્સરે (રૂ.)	કન્સલ્ટેશન (રૂ.)	સ્કીનીંગ (રૂ.)	પેથોલોજી	કુલ રકમ (રૂ.)
અન્ય માહિતિ	દર્દીના પરિવારની જનસંખ્યા		વાર્ષિક આવક		
ઉપરની હકીકત મારી જાણ મુજબ તદ્દન ખરી છે.					
તારીખ :	સહી :				
પદાધિકારીઓ કે ઓફીસનો શેરો :					
સભસીડીને પાત્ર ગણાયેલ રકમ	દવાઓ (રૂ.)				
	અન્ય (રૂ.)				
	ટોટલ (રૂ.)				
ચૂકવવા પાત્ર સભસીડી ની રકમ					
મંજૂર કરનાર અધિકારીની સહી અને તારીખ	સ્થાનિક મંત્રી / વ્યવસ્થાપક		પ્રમુખ / માનદ્ મંત્રી		

સૂચનાઓ...

- (૧) ખરેખરી જરૂરિયાતવાળાઓ જ ફોર્મ ભરવું.
- (૨) પત્રીના મૂળનિવાસીઓ કે પત્રીમાં સ્થાયી વસવાટ કરનારને જ આ યોજનાનો લાભ મળી શકશે.
- (૩) સંસ્થાની કાર્યવાહક સમિતિ અથવા અધિકારી મંડળે ઠરાવેલ ધારાધોરણ પ્રમાણે રાહતની રકમ અપાશે.
- (૪) અરજદારે ઠવા ખરીદીનાં ખીલ, (ડોક્ટરનું પ્રિસ્ક્રીપ્શન સાથે), કન્સલ્ટેશન ફી રસીદ, તથા શારીરિક તપાસ અંગે થયેલ ખર્ચની પુરાવા સાથે વિગત અરજી સાથે સામેલ રાખવાના રહેશે.
- (૫) ખર્ચ અંગેના વિગતવાર પૂરાવાઓ રજુ કરવાના રહેશે.
- (૬) સંબંધિત અધિકારીનો નિર્ણય આખરી ગણાશે.
- (૭) આ અરજી કરતી વખતે અમે સંજીવની સ્વાસ્થ્ય યોજનાનો લાભ લીધેલ નથી.