श्री बांगड़ माहेश्वरी मेडिकल वेलफेयर सोसायटी

अखिल भारतवर्षीय माहेश्वरी महासभा का "प्रेरणा प्रकल्प"
प्रशासनिक कार्यालय : 1 मेन सेक्टर, शास्त्रीनगर, भीलवाड़ा (राज.)
फोन : 01482-250911, Email : abmm@sangamgroup.com

स्वयं का
पासपोर्ट साइज
फोटू लगावे

गम्भीर बीमारी से ग्रस्त रोगी द्वारा सहायता हेतु

आवेदन पत्र

फेमेली आईडी क्रमांक ....

सहायता हेतु आवेदन पत्र के साथ निम्न प्रमाण होना आवश्यक है :

1. फेमेली आईडी क्रमांक अंकित होना व उसका मिलान महासभा से प्राप्त सूची से होना आवश्यक है।
2. परिवार के अन्य सदस्य आय अर्जितकर्त्ता है उसका विवरण और परिवार से अलग FID है तो उसकी फेमेली आईडी क्रमांक ....
3. बीमारी का पूर्ण विवरण तथा डॉक्टर का प्रमाण पत्र संलग्न करना आवश्यक है।
4. अस्पताल में भर्ती रहने का प्रमाण-पत्र (डिस्चार्ज) संलग्न करना आवश्यक है।
5. भर्ती के दौरान क्रय की गई दवाईयों तथा अस्पताल के बिल जिस पर जीएसटी नम्बर अंकित हो मय सूची प्रस्तुत करें।
6. अ - मेडिक्लेम स्वयं द्वारा क्रय पोलिसी से प्राप्त राशि का विवरण दे /होने वाली है तो भी विवरण दें ....
   ब - सामूहिक बीमा योजना में बीमा से प्राप्त राशि या प्राप्त होने वाली है उसका विवरण देवे ....
7. निम्न बीमारियों में सहायता नहीं दी जाती है :-
   अ - आँख से सम्बन्धित रोग, आँखो के ऑपरेशन आदि
   ब - मलेरिया, फ्लू, सामान्य बुखार, निमोनिया, डायरिया
   स - दाँत से सम्बन्धित रोग
   द - जनरल टी.बी.
8. एक परिवार या एक फेमेली आईडी में एक सदस्य को सहायता दी जावेगी।
9. रोगी एवं परिवार के सभी सदस्यों की आय अंकित करना आवश्यक है।

नोट - इस आवेदन पत्र को भरने से पहले उपरोक्त सूचनाओं को ध्यान पूर्वक पढकर उसी के अनुसार आवेदन करें।

1. रोगी का पूरा नाम .... उम्र ....
2. पिता/पति का नाम ....
3. डाक का पूरा पता ....
   ....
   ई-मेल .... मोबाइल/फोन ....
4. रोगी की आय ....प्रमाण संलग्न करे
5. परिवार के सभी सदस्यों की कुल आय.. इसके लिए शपथ पत्र संलग्न करें
6. परिवारजनों की संख्या ....पुरूष .... महिलाए........... बालक .... बालिकाएँ .... योग ....
7. बीमारी का नाम जिसका उपचार कराया जा रहा है ....
   उक्त बीमारी कितने समय से है ....
8. इस बीमारी पर होने वाला अपेक्षित व्यय ....
9. (अ) परिवार के किसी भी सदस्य को पूर्व में इस सोसायटी से प्राप्त सहायता विवरण ....
   (ब) अन्य संस्था/संस्थानो/ट्रस्टो द्वारा प्राप्त सहयोग राशि ....
   राजकीय योजनाओं से सहायता राशि प्राप्त होने वाली है या हो गई है तो उसका भी विवरण देवे ....
10. मेडिक्लेम पॉलिसी है तो उससे प्राप्त होने वाली राशि .... (स्वंय द्वारा अथवा सामूहिक बीमा योजनाओं का पूर्ण विवरण)

Scanned with Cam

11. आपका उपचार जिस अस्पताल में चल रहा है उसकी जानकारी (अस्पताल सरकारी अथवा सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त होना चाहिए)

(अ) डाक्टर का नाम सहित अस्पताल का पूरा नाम व पता ....
....

(ब) अस्पताल का पंजीयन नम्बर .... दिनांक ....

(स) रोगी/उसके अभिभावक के बैंक का विवरण

(1) खातेदार का नाम .... रोगी से रिश्ता ....
(2) खाते का नम्बर .... IFSC Code ....
(3) बैंक का नाम .... ब्रान्च का नाम ....

नोट :- प्रमाण स्वरूप कैन्सल चैक या पासबुक की फोटोप्रति संलग्न करना आवश्यक

12. बीमारी के सम्बन्ध में उपचारकर्ता डॉक्टर की अभिशंषा तथा उस बीमारी पर होने वाले अनुमानित व्यय का विवरण पूर्ण एवं स्पष्ट रूप से डाक्टर एवं अस्पताल के लेटर हेड पर होना आवश्यक है (उक्त प्रमाण पत्र को संलग्न करना आवश्यक है)

13. व्यय (खर्चे) के समस्त मूल बिल सूची सहित प्रेषित करना आवश्यक है उस अनुसार कुल व्यय .... संलग्न बिलो की संख्या .... सूची मे बिल क्रमांक दिनांक विक्रेता का नाम एवं राशि अंकित करना आवश्यक है । सूची के अभाव में सहायता राशि में कमी हो सकती है ।

घोषणा

मैं आवेदनकर्ता घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त दी गई जानकारी पूर्ण सत्य है तथा सभी सूचना सही दर्शायी गई है तथा मेरे द्वारा अन्य किसी संस्था/राज्य या भारत सरकार की योजना का लाभ नहीं लिया/रूपये .... का लाभ प्राप्त किया है ।

दिनांक

रोगी के हस्ताक्षर

पूरा नाम ....

अनुशंसा

(1) तहसील व जिला सभा : सभी उपरोक्तानुसार आवश्यक पत्रादि संलग्न है एवं उसकी जाँच कर ली गयी है

श्री .... को मैं .... वर्षो से जानता हूँ । यह उपर वर्णित बीमारी से ग्रस्त है । इसे श्री बांगड़ माहेश्वरी मेडिकल वेलफेयर सोसायटी से सहायता रूपये .... की अनुशंषा करता हूँ तथा यह प्रमाणित करता हूँ कि आवेदक ने सरकारी या संगठन या अन्य ट्रस्ट से रूपये .... की सहायता प्राप्त की है । सामूहिक बीमा योजना में रूपये .... की राशि प्राप्त कर ली है या होने वाली है ।

अनुशंषा पदाधिकारी अपने हस्ताक्षर के नीचे नाम एवं पद की मोहर लगाये साथ ही मोबाइल नम्बर अंकित करे ।

हस्ताक्षर
तहसील अध्यक्ष अथवा मंत्री
रबर सील, मोबाइल नं. ....

हस्ताक्षर
जिला सभा अध्यक्ष / मंत्री
रबर सील, मोबाइल नं. ....

(2) ट्रस्टी/प्रदेश संयोजक/प्रदेश अध्यक्ष अथवा मन्त्री द्वारा अनुशंषा :-

रोगी श्री .... को उक्त बीमारी हेतु .... रूपये .... की आर्थिक सहायता प्रदान करने की अनुशंषा करता हूँ। मैंने आवेदन पत्र की पूर्ण जॉच कर ली है तथा आवश्यक पत्रादि अस्पताल का डिस्चार्ज टिकट, व्यय राशि के सम्पूर्ण मूल बिल मय सूची के संलग्न है तथा आय प्रमाण पत्र संलग्न है ।

हस्ताक्षर मय नाम के ....

पद मोहर

मोबाइल ....

Scanned with CamSc