



# શ્રી નવગામ વિસાનાગર વણિક સમાજ

મુંબઈ : ૬/૮, અનંતવાડી, નાગર નિવાસ, ભુલેશ્વર, મુંબઈ - ૪૦૦ ૦૦૨. ફોન : ૨૨૦૬ ૩૮૦૨  
કાંદિવલી : સી-૩૦૧, ગોકુલ હાઈટસ, મથુરાદાસ રોડ, કાંદિવલી (વે.), મુંબઈ - ૪૦૦ ૦૬૭. મો.: ૯૦૮૨૫૦૦૩૦૮  
વિરાર : શોપ નં. ૧૦૫, ૧ લે માળે, વિઠ્ઠલ હરી ટોવર, રામમંદિર રોડ, ડીસ્ટ્રી. પાલઘર, વિરાર (વેસ્ટ), ૪૦૧ ૩૦૩. મો.: ૯૦૭૫૩૫૨૬૩૩  
E-mail : snvsamaj@gmail.com | Website : www.snvsamaj.in

## હોસ્પિટલાઈઝેશન યોજના (૨૦૨૫-૨૬)

### આ ફોર્મ ભરતાં પહેલા લખેલા નિયમો વાંચી ને તે પ્રમાણે અરજી કરવી

અરજી પત્રક નં. \_\_\_\_\_ વસ્તી પત્રક ક્રમાંક \_\_\_\_\_ તા. \_\_\_\_\_

ગામનું નામ \_\_\_\_\_ ટેલિ./મો.(ફરજીયાત) : \_\_\_\_\_

અરજી પત્રક : ☐ મુંબઈ ☐ કાંદિવલી ☐ વિરાર ☐ પુના ☐ અન્ય \_\_\_\_\_

અમો, શ્રી નવગામ વિસાનાગર વણિક સમાજના સામાન્ય | આજીવન સભાસદ છીએ/નથી.

દર્દીનું નામ : \_\_\_\_\_ જન્મ તારીખ / ઉંમર \_\_\_\_\_

કુટુંબના વડાનું નામ : \_\_\_\_\_

ઘરનું સરનામું : \_\_\_\_\_

ધંધા / નોકરી / રીટાયર/અન્ય \_\_\_\_\_

મુખ્ય વ્યક્તિ સાથે સંબંધ : \_\_\_\_\_

કુટુંબના સભ્યોની સંખ્યા : \_\_\_\_\_ કમાવનાર વ્યક્તિની સંખ્યા : \_\_\_\_\_ કુટુંબની માસિક આવક : \_\_\_\_\_

હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાનું કારણ : \_\_\_\_\_

હોસ્પિટલનું નામ : \_\_\_\_\_

હોસ્પિટલનું સરનામું : \_\_\_\_\_

દાખલ થયાની તા. :  રજા મળ્યાની તા. :

કયા વોર્ડમાં સારવાર લીધ : \_\_\_\_\_ (ઓરીજનલ ડીસચાર્જ કાર્ડ મોકલવાનું જરૂરી છે)

મેડીકલેમ છે / નથી \_\_\_\_\_ છે તો કેટલો : \_\_\_\_\_ (પોલીસીની ઝેરોક્ષ કોપી મોકલવી જરૂરી છે)

અન્ય કોઈ જગ્યાએથી સહાય મળેલ છે / મળવાની છે ?

છે તો ક્યાંથી \_\_\_\_\_ અને કેટલી \_\_\_\_\_

અરજી મંજૂર થયા પછી ચેક કોના નામે જોઈએ છે. (ચેકની નકલ લગાડવી)

અરજી કરનારની સહી : \_\_\_\_\_ ફોર્મ સ્વીકારનારની સહી : \_\_\_\_\_

તા. \_\_\_\_\_ તા. \_\_\_\_\_

### અોફીસ ઉપયોગ માટે

માંગણી કરેલ રકમ \_\_\_\_\_ પાસ કરેલ રકમ \_\_\_\_\_ અન્ય સહાય કે મેડીકલેમ \_\_\_\_\_

ચકાસણી કરનારની સહી \_\_\_\_\_ નોંધ \_\_\_\_\_ અરજીપાસ કર્યાની તારીખ \_\_\_\_\_

આ અરજીના કુલ રૂ. \_\_\_\_\_ ની સહાય ટ્રસ્ટમાંથી આપેલ છે.

સંચાલકની સહી \_\_\_\_\_

# શ્રી નવગામ વિસાનાગર વણિક સમાજ

**મુંબઈ** : ૬/૮, અનંતવાડી, નાગર નિવાસ, ભુલેશ્વર, મુંબઈ - ૪૦૦ ૦૦૨. ફોન : ૨૨૦૬ ૩૮૦૨

કાંદિવલી : સી-૩૦૧, ગોકુલ હાઇટસ, મથુરાદાસ રોડ, કાંદિવલી (વે.), મુંબઈ - ૪૦૦ ૦૬૭. મો.: ૯૦૮૨૫૦૦૩૦૮

**વિચાર :** શોપ નં. ૧૦૫, ૧ લે માળે, વિઠ્ઠલ હરી ટોવર, રામમંદિર રોડ, ડીસ્ટ્રી. પાલઘર, વિચાર (વેસ્ટ), ૪૦૧ ૩૦૩. મો.: ૯૦૭૫૩૫૨૬૩૩

**E-mail : [snvsamaj@gmail.com](mailto:snvsamaj@gmail.com) | Website : [www.snvsamaj.in](http://www.snvsamaj.in)**

## હોસ્પિટલાર્થમેશન યોજના (૨૦૨૫-૨૬)

દર્દીનું નામ : \_\_\_\_\_ અરજી નં. \_\_\_\_\_

સરનામું : \_\_\_\_\_

હોસ્પિટલનું નામ : \_\_\_\_\_

હોસ્પિટલનું દાખલ થયાની તા.: \_\_\_\_\_ હોસ્પિટલમાંથી રજા મળ્યાની તા.: \_\_\_\_\_

[illegible]

અંકે રૂપિયા \_\_\_\_\_

---

dl. \_\_\_\_\_

**અરજી કરનારની સહી**

## હોસ્પિટલાઈઝેશન યોજનાના નિયમો

(તારીખ : ૦૧.૦૪.૨૦૨૫ થી અમલમાં)

- ૧) સમાજ તરફથી નિર્ધારિત કરેલું છેલ્લું ફોર્મ(ખુદ્દસમ્મદ ઋથ્દ્રત્ર) વિગતવાર ભરીને સમાજની ઓફીસમાં હોસ્પિટલાઈઝેશનના જરૂરી ડોક્યુમેન્ટ જેવા કે ઓરીજીનલ ડીસચાર્જ કાર્ડ, હોસ્પિટલનું બીલ, પૈસા ભર્યાની રસીદ, દવાના બીલો અને તેના પ્રીસ્ક્રીપ્શન રેસ્ટના રીપોર્ટની કોપી સાથે સંલગ્ન કરવું.
- ૨) હોસ્પિટલાઈઝેશન યોજના હોસ્પિટલમાં દાખલ થાય અને હોસ્પિટલમાંથી ડીસચાર્જ મળે તે દરમિયાન થયેલ ખર્ચ માટે જ હોઈને હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પહેલાના અને ડીસચાર્જ પછીના બીલો, રીપોર્ટ સાથે જોડવા નહીં.
- ૩) હોસ્પિટલમાંથી ડીસચાર્જ લીધા બાદ ૩૦ દિવસમાં ફરીથી હોસ્પિટલમાં દાખલ થવું પડે તો એક જ હોસ્પિટલાઈઝેશન ગણાશે અને બે કે બેથી /વધુ હોસ્પિટલાઈઝેશન માટે એકજ ફોર્મ ભરવું.
- ૪) આ યોજનાનો લાભ લેવા માટે અરજદારે હોસ્પિટલમાંથી ડીસચાર્જ થયા બાદ ૩૦ દિવસમાં સમાજની ઓફીસમાં અરજી જમા કરાવવી જરૂરી છે.
- ૫) મેડીક્લેમ માટે અરજી કરી હોય તેવા કેસોમાં મેડીક્લેમ આવ્યા બાદ ૩૦ દિવસમાં અરજી કરવાની રહેશે. જેમા મેડીક્લેમ પોલીસીની કોપી સેટલમેન્ટ લેટરનું બિડાણ કરવાનું રહેશે.
- ૬) અરજી અને સાથેના બીડાણોની સાથે એક સેટ મેરોક્ષ જોડવી જરૂરી છે.
- ૭) ડાયાલીસીસ, કેમોથેરેપી, એન્જીઓગ્રાફી જેવી સ્પેશ્યલાઈઝડ પ્રોસીજરને હોસ્પિટલાઈઝેશનનો લાભ મળી શકશે.
- ૮) સુવાવડ, સીઝેરીયન ઓપરેશન અથવા તે દરમિયાન થયેલ ખર્ચ માટે અરજી સ્વિકારવામાં આવશે નહીં.
- ૯) અરજદારનો મેડીક્લ ઈન્સ્યુરન્સ હોય અને / અથવા બીજી કોઈ સંસ્થા / વ્યક્તિ પાસેથી સહાય મળેલ અથવા મળવા પાત્ર હોય તો તેનો સ્પષ્ટ ઉલ્લેખ અરજીમાં કરવો જરૂર છે.
- ૧૦) જો કોઈ અનૈતિક કારણોસર હોસ્પિટલાઈઝ થયું હોય તો, અમે ફાઈલને મંજૂર કરીશું નહીં.
- ૧૧) નિયમોમાં સુધારા-વધારા, ફેરફાર કરવાની સત્તા હોસ્પિટલાઈઝેશનની સમિતિ અને ટ્રસ્ટોની રહેશે.

અન્ય જાણકારી માટે શ્રી અતુલભાઈ જે. શાહ - ૯૩૨૩૧૪૧૦૭૬ ને સંપર્ક કરી શકો છો.