



શ્રી નવગામ વિસાનાગર વૈદિક 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, વિહુલ હરી ટોવર, રામમંદિર રોડ, ડીસ્ટ્રી. પાલઘર, વિરાર (વેસ્ટ), ૪૦૧ ૩૦૩. મો. : ૯૮૧૯૫૧૭૩૮૫

E-mail : snvsamaj@gmail.com | Website : www.snvsamaj.in

હોસ્પિટલાઈઝેશન યોજના (૨૦૨૬-૨૭)

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 વૈદિક 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. _____

અડીસ ઉપયોગ માટે

માંગણી કરેલ રકમ _____ પાસ કરેલ રકમ _____ અન્ય સહાય કે મેડીકલેમ _____

ચકાસણી કરનારની સહી _____ નોંધ _____ અરજીપાસ કર્યાની તારીખ _____

આ અરજીના કુલ રૂા. _____ ની સહાય ટ્રસ્ટમાંથી આપેલ છે.

સંચાલકની સહી _____

હોસ્પિટલાઈઝેશન યોજનાના નિયમો

(તારીખ : ૦૧.૦૪.૨૦૨૬ થી અમલમા)

- ૧) સમાજ તરફથી નિર્ધારિત કરેલું છેલ્લું ફોર્મ(Latest Form)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 હોર્ડને 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 એક જ 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 ઝેરોક્ષ જોડવી જરૂરી છે.
- ૭) ડાયાલીસીસ, કેમોથેરેપી, એન્જીઓગ્રાફી જેવી સ્પેશ્યલાઈઝ્ડ 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.