Shree Navgam Visanagar Vanik Samaj

Mumbai : 6/8, Anantwadi, Nagar Nivas, Bhuleshwar, Mumbai - 400 002. I Tel.: 2206 3802
Kandivali : C-301, Gokul Heights, Mathuradas Road, Kandivali (West), Mumbai - 400 067. Mob.: 9082500308
Kandivali : Shop No. 6, Mahavir Krupa, Dahanukarwadi, Kandivali (West), Mumbai - 400 067. (Given on Rent)
Virar : Shop No. 105, 1st Floor, Vithal Hari Tower, Ram Mandir Road, Dist. Palghar, Virar (West) - 401 303. Mob.: 9819517385
E-mail : snvsamaj@gmail.com | **Website :** www.snvsamaj.in

MEDICAL RELIEF SCHEME

Sheth Shri Kantilal Tulsidas Shah (Andheri)

Declaration

To, **Shree Navgam Visanagar Vanik Samaj**

Form No. : _____

I, undersigned hereby apply for the Medical Relief Scheme of SNVVS. We have read & understood rules of this Scheme. We hereby declare that the information provided in this form is true, complete & authentic. We agree that any misrepresentation of facts is ground for rejection of the application.

Centre : ☐ Mumbai ☐ Kandivali ☐ Virar ☐ Pune ☐ Other

Vasti Patrak No. : (Compulsory) _____ **Date :** _____

Applicant Information

Patient Name : _____
(First Name) (Father / Husband's Name) (Surname)

Resi. Address : _____

Mobile No.: _____ No. of Family Members : _____ Earning Members : _____ Annual Family Income : _____

Expenses Details

	Details of Expense	Amount Passed
1) Medical Bills Rs.		
2) Pathology & X-Ray Rs.		
Total		

Applicant's Signature _____

Sanchalak Signature _____

BANK DETAILS

Enclosed copy of cheque or passbook to receive the payment.

Terms and Condition

1) Patient's Name, Date, Dr's. Name & address is must on Medical Bills, Prescription or any relevant documents/papers.
2) Once the quarter is over, submit the Form by 10th of following month at any of the Samaj offices.
3) Doctor's Consulting Charges are not paid.
4) If Medical Bill submitted is not discounted, then we deduct 10% as a discount and then derive eligible amount.
5) Fill-up the form neatly with total of all bills and other charges in sequence.
6) Patient who have to take Medicine for Life Time has to put New Prescription every year.
7) Committee reserves the right to make changes in rules & its decision will be final.
8) For any query contact Sanchalak Shri. Rajeshbhai C. Shah - 9819981945.

Medicine Bills	S. No.	Date	Bill / Receipt No.	Gross Amount	Discount	Net Amount
					Total (A)	
Pathology / X-Ray Bills						
					Total (B)	
					Grand Total : (A+B)	

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
કાંદિવલી : શૉપ નં. ૬, મહાવીર કૃપા, ડહાણૂકરવાડી, કાંદિવલી (વે.), મુંબઈ – ૪૦૦ ૦૬૭. (ભાડા પર આપેલ છે)
વિરાર : શૉપ નં. ૧૦૫, ૧ લે માળે, વિઠ્ઠલ હરી ટૉવર, રામમંદિર રોડ, ડીસ્ટ્રી. પાલઘર, વિરાર (વેસ્ટ), ૪૦૧ ૩૦૩. મો.: ૯૮૧૯૫૧૭૩૮૫

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

મેડીકલ રીલીફ યોજના

શેઠ શ્રી કાંતિલાલ તુલસીદાસ શાહ (અંધેરી)

શ્રી નવગામ વિસાનાગર વણિક સમાજ **અરજી પત્રક નં.** _____

હું, નીચે સહી કરનાર શ્રી નવગામ વિસાનાગર વણિક સમાજની મેડીકલ રીલીફ યોજના માટે અરજી કરું છું. અમે આ યોજનાના નિયમો વાંચી અને સમજી લીધા છે. અમે અહીંથી જાહેર કરીએ છીએ કે આ ફોર્મમાં આપવામાં આવેલી માહિતી સાચી, સંપૂર્ણ અને અધિકૃત છે. અમે સંમત છીએ કે કોઈપણ તથ્યોની ખોટી રજૂઆત અરજીને ન સ્વીકારવા માટેનું કારણ છે.

સ્થળ : ☐ મુંબઈ ☐ કાંદિવલી ☐ વિરાર ☐ પૂણે ☐ અન્ય **વસ્તી પત્રક નં.: (ફરજીયાત)** _____ **તારીખ :** _____

અરજદાર માહિતી

દર્દીનું નામ : _____

સરનામું : _____

મોબાઈલ નં.: _____ **કુટુંબના સભ્યોની સંખ્યા** _____ **કમાવનાર સભ્યો :** _____ **વાર્ષિક કુટુંબ આવક :** _____

ખર્ચાની વિગતો

	કુલ ખર્ચ રકમ	પાસ કરેલ રકમ
૧) મેડીકલ બીલો રૂ.		
૨) પેથોલોજી અને એક્સરે રૂ.		
કુલ		

અરજદારની સહી _____

સંચાલકની સહી _____

બેંક વિગતો

ચુકવણી પ્રાપ્ત કરવા માટે ચેક અથવા પાસબુકની ઝેરોક્ષ જોડો.

નિયમો

૧) દર્દીનું નામ, તારીખ, ડૉક્ટરનું નામ અને સરનામું મેડીકલ બિલ, પ્રિસ્ક્રિપ્શન અથવા કોઈપણ સંબંધિત દસ્તાવેજો પર હોવા આવશ્યક છે.

૨) ક્વાર્ટર પુરું થયા પછી, આગામી મહિનાની ૧૦ મી તારીખ સુધીમાં કોઈપણ ઓફીસમાં ફોર્મ સબમીટ કરવાના રહેશે.

૩) ડૉક્ટરના કન્સલ્ટિંગ ચાર્જ ચૂકવવામાં આવતા નથી.

૪) જો સબમિટ કરેલું મેડિકલ બિલ ડિસ્કાઉન્ટ સાથેનુ નહીં હોય, તો અમે ડિસ્કાઉન્ટ તરીકે ૧૦૬ બાદ કરીને અને પછી પાત્ર રકમ આપીશું.

૫) બધા બિલ અને બીજા ચાર્જ ક્રમ સાથે વ્યવસ્થિત રીતે ફોર્મ ભરો.

૬) જે દર્દીએ જીવનકાળ માટે દવા લેવાની હોય તેમણે દર વર્ષે નવું પ્રિસ્ક્રિપ્શન મૂકવું પડશે.

૭) કમિટી નિયમોમાં ફેરફાર કરવાનો અધિકાર અનામત રાખે છે અને તેનો નિર્ણય અંતિમ રહેશે.

૮) કોઈપણ જાણકારી માટે સંચાલક શ્રી રાજેશભાઈ સી. શાહ : ૯૮૧૯૯૮૧૯૪૫ નો સંપર્ક કરો.

દવાઓના બિલ	ક્ર.	તારીખ	બિલ/ રસીદ નં.	કુલ રકમ	ડિસ્કાઉન્ટ	નેટ રકમ
					કુલ (એ)	
પેથોલોજી/ એક્સ–રે બિલો						
					કુલ (બી)	
					કુલ રકમ : (એ+બી)	

શ્રી રાજેશભાઈ સી. શાહ – સંચાલક – શ્રી નવગામ વિસાનાગર વણિક સમાજ