

श्री बांगड़ माहेश्वरी मेडिकल वेलफेयर सोसायटी

(अखिल भारतवर्षीय माहेश्वरी महासभा का प्रेरणा प्रकल्प)

प्रशासनिक कार्यालय :-1 मेन सेक्टर शास्त्रीनगर, भीलवाड़ा-311001(राज0),

फोन 01482-252000,250911 abmm@sangamgroup.com

गम्भीर बीमारी से ग्रस्त रोगी द्वारा सहायता हेतु

आवेदन पत्र

नोट – इस आवेदन पत्र को भरने से पहले अन्तिम पृष्ठ पर लिखी गई सूचनाओं को ध्यान पूर्वक पढ़ उसी के अनुसार कार्य करें ।

1- रोगी का पूरा नाम _____ उम _____

2- पिता/पति का नाम _____

3- डाक का पूरा पता _____

Email Address _____ मोबाइल/फोन _____

4- रोगी का व्यवसाय एवं आयस _____ प्रमाण संलग्न करे

5- परिवार का व्यवसाय एवं कुल आय _____ प्रमाण संलग्न करे

6- परिवारजनों की संख्या _____ पुरुष _____ महिलाएं _____ बालक _____ बालिकाएँ _____ योग

8- बीमारी का नाम जिसका उपचार कराया जा रहा है _____

उक्त बीमारी कितने समय से है _____

9- इस बीमारी पर होने वाला अपेक्षित व्यय _____

10- अ- अगर आप अल्प आय वर्ग से तो सरकारी योजना से प्राप्त राशि का विवरण _____

ब- अन्य संस्था/संस्थानो/ट्रस्टो द्वारा प्राप्त सहयोग राशि _____
सहायता राशि प्राप्त होने वाली है तो उसका विवरण देवे _____

11- क्या रोगी की मेडिकलेम पॉलिसी है तो उससे प्राप्त होने वाली राशि _____
पोलिसी का पत्र संलग्न करे ।

12- 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 के टे0 कोड _____ टेलिफोन नम्बर _____ Email _____

स- अस्पताल में आपका रजिस्ट्रेशन नम्बर _____ दिनांक _____

द- प्रमाण स्वरूप डिस्चार्ज टिकट संलग्न करना अनिवार्य है ।

- य- 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 कौन्सल चैक या पासबुक की फोटोप्रति संलग्न करना आवश्यक

- 13- बीमारी के सम्बन्ध में उपचारकर्ता डाक्टर की अभिशंषा तथा उस बीमारी पर होने वाले अनुमानित व्यय का विवरण पूर्ण एवं स्पष्ट रूप में डाक्टर एवं अस्पताल के लेटर हेड पर होना आवश्यक है (उक्त प्रमाण पत्र को संलग्न करना आवश्यक है)
- 14- व्यय(खर्च) के समस्त मूल बिल सूची सहित प्रेषित करना आवश्यक है उस अनुसार कुल व्यय _____संलग्न बिलों की संख्या _____सूची में बिल क्रमांक दिनांक विक्रेता का नाम एवं राशि अंकित करना आवश्यक 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 ।

रोगी के हस्ताक्षर

दिनांक

पूरा नाम _____

(1) स्थानीय सभा अध्यक्ष/मन्त्री तथा क्षेत्रीय/तहसील/जिला सभा द्वारा अनुशंषा(कोई एक)

श्री _____को मैं _____वर्षों से जानता हूँ । यह उपर वर्णित बीमारी से ग्रस्त है । इसे श्री बांगड़ माहेश्वरी मेडिकल वेलफेयर सोसायटी से 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 ।

आर्थिक सर्वेक्षण फार्म का क्रमांक _____एवं आय _____अंकित करे ।
अनुशंषाकर्ता पदाधिकारी अपने हस्ताक्षर के नीचे नाम एवं पद की मोहर लगाये साथ ही मोबाइल नम्बर अंकित करे ।

हस्ताक्षर
स्थानीय संगठन अध्यक्ष अथवा मन्त्री

हस्ताक्षर
क्षेत्रीय /तहसील/जिला अध्यक्ष अथवा मन्त्री

(रबर सील)

(रबर सील)

नोट:- उपरोक्त अधिकारी के अलावा अन्य हस्ताक्षर मान्य नहीं है ।

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

रोगी श्री-----को उक्त बीमारी हेतु -----रूपये-----

की वार्षिक सहायता प्रदान करने की अनुशंषा की जाती है । मैंने आवेदन पत्र की पूर्ण जाँच कर ली है तथा आवश्यक पत्रादि अस्पताल का डिस्चार्ज टिकट, व्यय राशि के सम्पूर्ण मूल बिल मय सूची के संलग्न तथा समाज की आर्थिक सर्वेक्षण के अनुसार परिवार की वार्षिक आय----- है ।

हस्ताक्षर----- नाम-----पद-----

दिनांक पद की रबर सील लगाना आवश्यक है एवं मोबाइल नम्बर अंकित करे ।

----- (कार्यालय के उपयोग हेतु) -----

प्रार्थना पत्र प्राप्ति की तिथि----- एवं पंजीयन क्रमांक -----
सहायता राशि के-----रूपये रोगी/अस्पताल को भेजे जावे ।

प्रभारी

उक्त सहायता राशि रूपये----- चैक/डीडी संख्या----- दिनांक-----
को श्री----- अस्पताल----- को भेजी गई ।

हस्ताक्षर ट्रेजरार

आवेदन पत्र की पूर्ति करने से पूर्व इन्हे ध्यान से पढने का कष्ट करें

- 1- श्री बांगड़ माहेश्वरी मेडिकल वेलफेयर सोसायटी द्वारा केवल गम्भीर बीमारियों के उपचार हेतु ही सहायता दी जाती है ।
- 2- सहायता प्राप्त करने वाले रोगी एवं उसके परिवार की आय 3 लाख रूपये वार्षिक तक ही होना आवश्यक है ।
- 3- आवेदन पत्र के साथ निम्न प्रपत्र एवं प्रमाण पत्र संलग्न होना आवश्यक है । इनके बिना आवेदन पत्र पर विचार नहीं किया जावेगा ।
 - (अ) मूल निवास स्थान का प्रमाण पत्र (ब) परिवार कार्ड
 - (स) स्वयं की तथा परिवार की वार्षिक आय का प्रमाण पत्र निम्न में से कोई एक
 - (क) आयकर विवरणिका परिवार प्रत्येक सदस्य की
 - (ख) ओरीजनल शपथ पत्र या आयउद्घोषणा पत्र नोटरी पब्लिक द्वारा प्रमाणित जिसमे स्वयं एवं परिवार की आय का विवरण अलग अलग से दर्शाया हो । (जिसमे परिवार के सभी आय अर्जितकर्ता सदस्यों के नाम हो)
 - (द) जिस अस्पताल में ईलाज कराया जा रहा है, उस अस्पताल के लेटर हेड पर डाक्टर द्वारा अभिशंषा जिसमें बीमारी का नाम, उपचार चलने तक का समय तथा अनुमानित व्यय की जानकारी हो । मूल पत्र (Original) होना आवश्यक है ।
 - (य) अस्पताल मे भर्ती रहने के प्रमाण पत्र स्वरूप डिस्चार्ज टिकट
- 4- निम्न बीमारियों से ग्रस्त होने पर सहायता नहीं दी जावेगी
 - (A) General Disease, Flue Fever, Malaria, Dieria
 - (B) Eye (C) General TB (D) Dental