

रामरतन सारडा मेडीकल हेल्प सोसायटी

(अंतर्गत :- नागपुर नगर माहेश्वरी सेवा संघ)

कार्यालय : ११९, बजाज नगर, नागपुर - ४४० ०१०

गम्भीर बिमारी से ग्रस्त रोगी द्वारा सहायता हेतु आवेदन पत्र

Patient's
Photo

नोट - इस आवेदन पत्र को भरने से पहले बिंदू क्र २४ पर लिखी गई सूचना को पढ़कर उसके अनुसार फार्म भरें।

- १ इलाज कराने वाले आवेदक का : _____
पुरा नाम
- २ जन्म तिथि : उम्र :
- ३ पिता / पति का नाम : _____
- ४ डाक का पूरा पता : _____

Pin Code

- मोबाईल नम्बर : _____ टेलीफोन नं. कोड: _____ घर का.
- ५ ABMM Family I.D. : _____

- ६ महासभा के अनुसार - अंचल : _____ प्रदेश : _____

- ७ व्यवसाय नाम और पता : _____

- व्यवसाय का विवरण : _____
नौकरी में है तो - फर्म/ : _____
कंपनी का नाम, पता : _____

- मालक का नाम : _____
पता : _____
मोबाईल नं. : _____

- ९ परिवार के सदस्यो का विवरण : _____

नाम	उम्र	आवेदक से रिश्ता	शैक्षणिक पात्रता	व्यवसाय का विवरण	अंदाजित आय

- १० परिवार की वार्षिक आय _____
(पासबुक की गत १ साल की एन्ट्री की झेरोक्स, आयकर रिटर्न की कॉपी साथ में जोड़े)

Rs. _____

99 परिवार का वार्षिक खर्च

Rs. _____

92 परिवार के सदस्यों के इनश्योरेंस की जानकारी

Sr. No.	Name of Family Members	Insurance	Receipt No.	Date	Amt. of Premium

93 मकान स्वयं/ किराया

(किराया) Rs. _____

94 बीमारी का नाम जिसका उपचार कराया जा रहा है

उक्त बीमारी कितने समय से है

: _____

95 इस बीमारी पर होने वाला अपेक्षित व्यय

: _____

96 उपचार जिस अस्पताल में चल रहा है उसकी जानकारी

(अस्पताल सरकारी अथवा सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त होना चाहिये)

9 अस्पताल का नाम व पुरा पता :

Pin Code

--	--	--	--	--	--	--	--

2 अस्पताल का रजिस्ट्रेशन नं.

3 अस्पताल का टेलीफोन कोड एवं नंबर

4 अस्पताल में आपका रजिस्ट्रेशन नं.

दिनांक :

5 डॉक्टर का नाम जिसके द्वारा उपचार

कराया जा रहा है

Mobile No.:

6 अस्पताल के बैंक का नाम एवं खाता नम्बर जिसमें रोगी को भेजी जा रही सहायता का चेक जमा कराया जा सके ।

9. खाते का नाम

2. खाते का नम्बर

3. बैंक का नाम

4. बैंक का IFSC Code

99 बीमारी के सम्बन्ध में उपचारकर्ता डॉक्टर की अभिशंषा तथा उस बीमारी पर होने वाले व्यय का प्रमाणपत्र (डॉक्टर एवं अस्पताल के लेटर हेड पर होना आवश्यक है) एवं राशी _____

95 बीमारी में व्यय की जाने वाली राशि

परिवार : _____

रिश्तेदार : _____

99 अन्य संस्थाओं/ट्रस्टों द्वारा प्राप्त सहयोग

संस्था का नाम	पता	राशी

२० रामरतन सारडा मेडीकल हेल्प सोसायटी से अपेक्षित सहयोग राशि _____

२१ नागपुर मे रिश्तेदार / परिचित नाम : _____

पुरा पता: _____

Pin Code

मो.नं. : _____

२२ संदर्भ : Commonly known persons

अ.क्र.	नाम	हस्ताक्षर	मोबाईल क्र. :
१			
२			

२३ संस्था के बारे में जानकारी कहां से/किसने दी

नाम : _____

पता : _____

मो.नं.: _____

पद : _____

२४ आवेदन पत्र भरने से पूर्व निम्न नियम व शर्तें पढकर कागजात संलग्न करें

१ रामरतन सारडा मेडिकल हेल्प सोसायटी द्वारा केवल गम्भीर बीमारियों के उपचार हेतु ही सहायता दी जायेगी ।

२ निम्न बीमारियों से ग्रस्त होने पर सहायता नहीं दी जायेगी ।

(A) General Disease, Viral Fever, Malaria, Diarrhea

(B) Eye

(C) General TB

(D) Dental

(E) Delivery

३ रोगी एवं उसके परिवार की वार्षिक आय ३ लाख रुपये तक ही होना आवश्यक है।

४ आवेदन पत्र के साथ निम्न प्रपत्र एवं प्रमाण पत्र संलग्न होना आवश्यक है ।

अ) निवास स्थान का प्रमाण पत्र

ब) स्वयं की तथा परिवार की वार्षिक आय का प्रमाण पत्र

१) आयकर विवरणीका

२) आवेदक एवं रोगी के पासबुक का गत १ वर्ष की झेरॉक्स कॉपी

३) शपथ पत्र नोटरी पब्लिक द्वारा प्रमाणित

४) कृषि क्षेत्र वालो के लिए रेवेन्यू अधिकारी का प्रमाण पत्र

५) राशन कार्ड की झेरॉक्स

- ५ परिवार की डिटेल जानकारी
- ६ जिस अस्पताल में इलाज कराया जा रहा है, उस अस्पताल के लेटर हेड पर डॉक्टर द्वारा अभिशंशा जिसमें बीमारी का नाम, उपचार चलने तक का समय तथा अनुमानित व्यय की जानकारी का प्रमाणपत्र
- ७ अस्पताल के ओरिजनल बिल, डिस्चार्ज कार्ड व अन्य रसीदे प्रशासनिक कार्यालय को भेजना आवश्यक है ।
- ८ सहायता राशी सरकारी अस्पताल / सरकार मान्य अस्पताल के बैंक खाते में जमा कराई जायेगी अथवा अस्पताल के नाम से चेक दिया जायेगा ।
- ९ चिकित्सा सहायता वास्तविक खर्चे के हिसाब से सोसायटी के तय नियमों के अंतर्गत ही दी जायेगी एवं संस्था के पदाधिकारियों द्वारा लिया गया निर्णय अंतिम होगा ।

जाहीरनामा :

मैं जाहीर करता/करती हूँ की :

अ. उपर दी गयी जानकारी सत्य है ।

ब. मैं स्वस्थ होने के बाद मेरी आय से मुझे दी गयी सहयोग राशी मैं चुकता करुंगा/करुंगी ।

दिनांक:

आवेदक के हस्ताक्षर

FOR OFFICE USE ONLY

In Meeting of Office Bearers Dt. _____ at _____
_____ at _____ P.M. sanction Rs. _____ (Rs. _____
_____) in favour of _____

President

Vice President

Treasurer

Secretary

Jt. Secretary

