



શ્રી કચ્છ વીસા શ્રીમાળી ઓસવાળ ગુર્જર જૈન જ્ઞાતિસમાજ, મુંબઈ સમાજ સ્વાસ્થ્ય સુરક્ષા સહાય યોજના અરજી ફોર્મ

૧) અરજદારનું પુરુ નામ : _____

૨) ઘરનું પુરુ સરનામું : _____

ફોન નં. ઘર : _____ ઓફીસ : _____ મોબાઈલ : _____

૩) વ્યવસાય : ધંધો નોકરી સ્વાસ્થ્ય સુરક્ષા સહાય રકમ : **Upto 3 Member 1.25**
from 4 Member or More 1.50
વ્યવસાયનું સરનામું : _____

૪) કુટુંબની કુલ વાર્ષિક આવક : _____ કચ્છમાં મુળ ગામ : _____

૫) સંસ્થાનાં સભ્ય તરીકે નું નામ : _____ મેમ્બરશીપ નંબર : _____

૬) આયુષ્માન ભારત કાર્ડ નંબર : _____

૭) સમાજ સ્વાસ્થ્ય સુરક્ષા સહાય યોજના માટેની વિગતો, આ વિગતો ઈંગ્લીશમાં કેપિટલ લેટરમાં લખવી.

Sr. No.	Full Name	Relation	Birth Date	Age	Yearly Income
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
				TOTAL	

સવિનય જણાવવાનું કે સંસ્થા માટે હું મારા કુટુંબ વતી અરજી કરું છું. સંસ્થાના સ્વાસ્થ્ય સુરક્ષા સહાય યોજનાના હાલના નિયમો તેમજ હવે પછી જે નિયમો ઘડવામાં આવશે તે અમને બંધનકર્તા રહેશે. હું સોગંધ પૂર્વક જણાવું છું કે ઉપર મુજબની અરજી ફોર્મમાં જણાવેલ વિગતો સત્ય છે.

ખાસ નોંધ ૧. જે કુટુંબના બધા સભ્યોની કુલ વાર્ષિક આવક રૂા.૩,૦૦,૦૦૦ સુધી હશે તેવા જ સભ્યો આ સ્કીમમાં ભાગ લઈ શકશે.

૨. પ્રથમ અરજદાર ના આધાર કાર્ડની પ્રેરણ, ૧ કેન્સલ કરેલો ચેક, રેશન કાર્ડ અને લેટેસ્ટ ઇલેક્ટ્રીસીટી બીલની આગળ અને પાછળની પ્રેરણ અરજી સાથે મોકલવી. (છેલ્લા ત્રણ મહિનાના)

૩. આ સમાજના નિયમને આધીન રહેશે તથા સમિતિનો નિર્ણય સર્વોપરી રહેશે.

૪. આપ આપનું પ્રધાનમંત્રી જન આરોગ્ય યોજનાનું “આયુષ્માન ભારત કાર્ડ” જે રૂા. પાંચ લાખનું મેડીકલ સહાય માટે ઉપયોગી છે. તે બનાવડાવી લેશો. જેમની પાસે આ કાર્ડ હોય તેમણે આ ફોર્મ ભરીને આપો ત્યારે તેની કોપી સાથે મોકલવા વિનંતી.

A/c. Holder Name _____ A/c. No. _____

Bank Name _____ Branch _____

અરજી કરનારની સહી _____ NEFT NO. _____ તારીખ _____

ફક્ત કાર્યાલય માટે, અરજી મળ્યાની તારીખ _____ સહી _____	
ક્રમાંક નંબર _____ મંજૂર નામંજૂર સહી રિમાર્ક _____	