

વિના મૂલ્યે

ગુજરાત ગ્રામ કામદાર કલ્યાણ બોર્ડ, ગાંધીનગર

ખેલમજૂરો અને ગ્રામ કામદારો માટે તબીબી સારવાર માટે આર્થિક સહાય માટેનું અરજીપત્રક

(અ) અરજી પત્રક :-

૧. દર્દીના કુટુંબના વડાનું નામ :- _____
૨. ઉંમર :- _____ વર્ષ.
૩. જાતિ :- અનુ. જાતિ / અનુ. જનજાતિ / બક્ષીપંચ / અન્ય
૪. અરજદારનું પુરૂ સરનામું :- _____
૫. અરજદારના કુટુંબનો મુખ્ય ધંધો અને નોકરી દાતાનું નામ :- _____
૬. કુટુંબમાં કમાનાર વ્યક્તિઓની સંખ્યા :- _____
૭. કુટુંબની કુલ વાર્ષિક આવક :- _____
૮. દર્દીની વિગતો
(અ) નામ :- _____
(બ) ઉંમર :- _____
(ક) રોગ/બિમારીનું નામ :- _____
(ડ) કેટલા સમયથી રોગ / બિમારી ચાલુ છે. :- _____
(ઈ) જે દાક્તર કે સંસ્થા દ્વારા સારવાર આપવામાં આવી હોય તેની વિગત :- _____
(ગ) ક્યા દાક્તર કે સંસ્થા દ્વારા સારવાર લેવા માંગો છો ? :- _____
(ચ) દાક્તરી સારવાર માટે થનારો અંદાજી ખર્ચ :- _____
(છ) અન્ય કોઈ યોજના હેઠળ આ સારવાર માટે સહાય મળી છે કે કેમ ? :- _____

(૯) અન્ય માહિતી

આથી પ્રમાણિત કરૂં છું કે, ઉપર જણાવેલી તમામ માહિતી સાચી છે. જો ઉપર આપેલી માહિતી ખોટી જણાય અને ખોટી રીતે દાકતરી સારવાર માટે આર્થિક મદદ મેળવેલી હોય તો તે રકમ પુરેપુરી સરકારને પરત આપવા બંધાઉં છું.

સ્થળ :- _____

તારીખ :- _____

(અરજદારની સહી/અંગુઠાનું નિશાન)

(નોંધ :- અંગુઠાનું નિશાન હોય તો સહીની સહી તથા તેમનું નામ અને સરનામું આપવું.)

(બ) દાકતરનું પ્રમાણપત્ર

શ્રી _____ ને મેં તપાસ્યા છે અને તેમને _____
_____ બીમારી / રોગ છે. આ ગંભીર બિમારી / રોગની સારવાર માટે નીચે જણાવેલ
દવાઓ / સાધનોની જરૂર છે.

અ. નં.	દવા / સાધનનું નામ	જથ્થો	અંદાજ ખર્ચ
--------	-------------------	-------	------------

આ ટર્ટની સારવાર પાછળ આશરે રૂ. _____ નો ખર્ચ આવે તેમ હોવાથી તેટલી રકમ મંજૂર કરવા મારી ભલામણ છે.

સ્થળ :- _____

તારીખ :- _____

દાકતરની સહી, નામ, સંસ્થાનું નામ, સરનામું
અને સિક્કો

(આ પ્રમાણપત્ર સરકારી અથવા સરકાર માન્ય દવાખાનાં કે હોસ્પિટલના દાકતર આપી શકશે અથવા રોગનિદાન કેમ્પમાં હાજર રહેતા નિષ્ણાત તબીબ પણ આપી શકશે.)

(ક) મદદનીશ સરકારી મજૂર અધિકારીનો હુકમ/ભલામણપત્ર

શ્રી _____ ની અરજીની વિગતો અંગે મેં સ્થળ ચકાસણી કરી છે, અને તેમની અરજીમાં જણાવેલી હકીકતો સારી જણાય છે. તેમનું કુટુંબ સંકલીત ગ્રામ વિકાસ યોજના હેઠળ _____ ગામના પત્રકમાં નોંધણી ક્રમાંક _____ થી નોંધાયેલું છે. આ પત્રકમાં તેમના કુટુંબને _____ તરીકે વર્ગીકૃત કરવામાં આવેલું છે. તેમનો મુખ્ય ધંધો _____ છે. તેમને/તેમના કુટુંબના સભ્યને _____ નો રોગ/ બિમારી / થયેલી છે, અથવા તા. _____ ના રોજ _____ જગ્યાએ અકસ્માત થયેલો છે, અને આ અકસ્માતથી થયેલ નુકશાનથી _____ ની સારવાર કરવી પડે તેમ છે. તેમને ગંભીર રોગો/ બિમારી અથવા અકસ્માતમાં થયેલા નુકશાનથી તબીબી સહાય આપવી જરૂરી હોવાથી આ અંગેના પ્રવર્તમાન નિયમો હેઠળ રૂા. _____ અંકે રૂપિયા _____ ની તબીબી સહાય આપવાની ભલામણ કરું છું/ હુકમ કરું છું. આ સહાયની નીચેના કારણોસર રોકડ સ્વરૂપમાં ચૂકવવાનો હુકમ કરવામાં આવે છે. / ભલામણ કરવામાં આવે છે.

કારણો :-

કેસ નં. :- _____

સ્થળ :- _____

તારીખ :- _____

મદદનીશ સરકારી મજૂર અધિકારીની સહી
નામ હોદ્દાનો સિક્કો

(ડ) સરકારી મજૂર અધિકારીનો હુકમ / ભલામણપત્ર

શ્રી _____ ની અરજી વિગતોની મેં ચકાસણી કરી છે. અને તેમને મદદનીશ સરકારી મજૂર અધિકારીએ કરેલી ભલામણ તથા આ કેસની વિગતો જોતાં આ કિસ્સામાં રૂા. _____ અંકે રૂપિયા _____ ની તબીબી સહાય મંજૂર કરવાનો હુકમ કરું છું./ભલામણ કરું છું. આ સહાય નીચેના કારણોસર રોકડ સ્વરૂપમાં આપવાનો હુકમ કરવામાં આવે છે. / ભલામણ કરવામાં આવે છે.

કારણો :-

કેસ નં. :- _____

સ્થળ :- _____

તારીખ :- _____

સરકારી મજૂર અધિકારીની સહી, નામ,
અને હોદ્દાનો સિક્કો.

(ઈ) ગ્રામ મજૂર કમિશ્નરનો હુકમ/ભલામણપત્ર

કેસ નં. _____

શ્રી _____ ની અરજીની વિગતો તથા સ્થાનિક અધિકારીઓએ કરેલી ચકાસણીની વિગતો અને ભલામણો ધ્યાનમાં લઈને તેમને _____ ની સારવાર કરવા માટે રૂા. _____ અંકે રૂપિયા _____ આર્થિક સહાય મંજૂર કરવાનો હુકમ કરવામાં આવે છે. / ભલામણ કરવામાં આવે છે. આ સહાય નીચેના કારણોસર રોકડ રૂપમાં આપવાનો હુકમ કરવામાં આવે છે. / ભલામણ કરવામાં આવે છે.

કારણો :-

કેસ નંબર :- _____

સ્થળ :- _____

તારીખ :- _____

ગ્રામ મજૂર કમિશ્નરની સહી, નામ
અને હોદ્દાનો સિક્કો

(ફ) કચેરીનો અન્ય નોંધો :-

(૧) સહાયનું સ્વરૂપ - તબીબી સારવાર રોકડ રૂપમાં :-

(૨) સહાય આપ્યા તારીખ :-

(૩) સારવારનું સ્થળ :-

(૪) અન્ય માહિતી :-

