



ન ત્વં ક્રમણે શશ્વત્, ન સ્વર્ગે ન પુનરભવમ્ ॥
ક્રમણે કૃપ તત્ત્વાનામ પ્રશિન્નામ આર્તિ નામ્ ॥

જાનતા

ચેરીટેબલ સોસાયટી

શેઠ શ્રી ત્રિભોવનદાસ હરગોવનદાસ સ્મૃતિભવન

ન્યુ વિજય કો.ઓ. લા. સો. લિ.,
એ-૦૦૪, વિજય પ્લાઝા, આબાદ ડેરી સામે, કાંકરિયા રોડ,
અમદાવાદ-૩૮૦ ૦૨૨. ફોન : ૨૫૪૫૨૯૧૦

ફક્ત આર્થિક રાહત
માટે

ફક્ત ઓફિસ ઉપયોગ માટે

નિર્ણય તા. :
મંત્રીની સહી :
મદદના એકી સાથે :

મદદ માટેની
અરજી

વાઉચર નં :
રૂા. :
ચેક આપ્યા તા. :

અરજદારે નીચેની વિગતો પુરેપુરી તથા સાચી જણાવવી. અધૂરી અરજી ધ્યાનમાં લેવાશે નહિં.

- (૧). અરજદારનું નામ : ઉંમર :
(સ્ત્રી અરજદારે પોતાના પતિ / પિતાનું પુરૂં નામ લખવું.) મૂળવતન :
(૨). અરજદારનું સરનામું : એકડો :
(૩). અરજદારની આવકના સાધનો વાર્ષિક આવક :
(૪). કુટુંબની વ્યક્તિઓની માહિતી સંપૂર્ણવિગત સગાઈ સાથે જણાવો :

ઉંમર વ્યવસાય કમાતાહોય તો તેની માસિક આવક રૂા.

૧.
૨.
૩.
૪.
૫.
૬.

- (૫). રાહત માટે કેટલી રકમની જરૂર છે. કઈ જરૂરિયાત માટે ?
(૬). અરજદારે અથવા તેમના કુટુંબના કોઈ સભ્યને આ સંસ્થામાંથી પહેલાં મદદ મળી છે ? મળી હોય તો કોને, ક્યારે અને કેટલી ?
(૭). અન્ય સ્થળેથી મદદ મળે છે કે મેળવાનો સંભવ છે ? હોય તો ક્યાંથી અને કેટલી ?
(૮). ઓળખાણ માટે પ્રતિષ્ઠિત આગેવાન વ્યક્તિનું નામ તથા સરનામું

અરજદારની સહી / અગર અંગૂઠાનું નિશાન
તા. - - - ૨૦

પ્રમાણપત્ર

હું અરજદાર રહેવાસી ને ઓળખું છું
અરજીમાં અરજદારે જણાવેલી હકીકત ખરી છે. તેની મેં ખાત્રી કરી છે. અરજદારને મદદ કરવા ભલામણ છે.

ભલામણ કરનારનું નામ-પૂરું સરનામું :

અરજદાર અને પ્રતિનિધિએ સરનામા સાથે ફોન નંબર અવશ્ય લખવો.

પ્રતિનિધિ/ભલામણ કરનાર ની સહી

નોંધ : કુટુંબમાં કમાનાર વ્યક્તિ જે સ્થળે નોકરી કરતા હોય ત્યાંનું (નોકરી આપનારનું) માસિક/ વાર્ષિક આવક (પગાર મૌઘવારી ભથ્થું બોનસ સાથે) નું સર્ટિફિકેટ મોકલવું જરૂરી છે. અરજદારને જરૂર લાગે તો અરજી સાથે જુદો કાગળ મુદ્દાસર ટૂંકાણમાં લખી મોકલો. અરજીમાં પૂછેલા પ્રશ્નોના જવાબ પૂરેપૂરા આપવા જેથી નિર્ણય લેવામાં વિલંબ થાય નહિ.



નીચેના અગત્યના સૂચનો :

૧. આર્થિક સહાય અને વૈદકીય સહાયની અરજીઓ અંગે એક કુટુંબની એક અરજી એક વર્ષમાં એકજ વખત સ્વીકારવામાં આવે છે.
૨. પ્રતિનિધિ એ અરજીમાં સહી કરતી વખતે પૂરેપૂરું ફોર્મ ભરેલું છે કે નહીં ? તે ચકાસવું.
૩. પ્રતિનિધિ એ ફોર્મમાં સહી કરતી વખતે અરજીદારને સૂચના આપવી કે અરજી મંજૂર થયા પછી જે વાઉચર અરજીદારને મળે છે તેમાં સહી અરજીફોર્મ જેવી જ કરવી.
૪. અરજીદાર નોકરી કરતા હોય તો તેમનું સર્ટીફિકેટ મેળવવું તેમજ ધંધો કરતા હોય તો ધંધાની વિગત પ્રતિનિધિએ જણાવવી.
૫. ગામે ગામપ્રતિનિધિ નિમેલા હોય છે જેથી જે ગામની અરજી હોય તે ગામના પ્રતિનિધિની સહી કરાવવી આવશ્યક છે.
૬. અમદાવાદમાં રહેતા અરજીદારોએ તેમના એકડાના પ્રતિષ્ઠિત અને જનતા ચેરીટેબલ સોસાયટીના સભ્ય હોય તેમની સહી કરાવવી.
૭. અરજીફોર્મની ઝેરોક્ષ નકલનો ઉપયોગ કરવો નહીં.
૮. સ્ત્રી અરજીદારે તેમના પતિ અને પતિના પિતાનું નામ અવશ્ય લખવું.
૯. અરજીદારે પૂરેપૂરું સરનામું લખવું.
૧૦. સોસાયટીમાંથી આપવામાં આવતી આર્થિક સહાય માટે અરજીદારની ઉંમર ૫૦ વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમર હોય તેમને જ આર્થિક સહાય આપવામાં આવશે.
૧૧. વિધવા, ત્યકતા, અપંગ અને માનસિક બિમારી હોય તેવી વ્યક્તિઓ ઉંમરની મર્યાદા માટે અપવાદરૂપ રહેશે.
૧૨. આર્થિક સહાય માટે અરજી કરનાર કુટુંબની વાર્ષિક આવક રૂ. ૫૦,૦૦૦/- થી ઓછી હશે અને વૈદકીય સહાય માટે અરજી કરનાર કુટુંબની વાર્ષિક આવક રૂ. ૬૦,૦૦૦/- થી ઓછી હશે તેમની જ અરજીઓ સ્વીકારવામાં આવશે.
૧૩. કિડની, કેન્સર તથા હૃદયરોગના અંગોના ઓપરેશન માટે આવક મર્યાદા રૂ. ૧,૦૦,૦૦૦/- (એક લાખ) થી ઓછી હશે તેમની અરજી સ્વીકારવામાં આવશે.
૧૪. મેડીકલ ખર્ચના છ માસ અગાઉના બીલો ધ્યાનમાં લેવાતા નથી.

સામાજિક કલ્યાણ વિભાગ, ગુજરાત સરકાર, ગાંધી સ્મૃતિ મેડીકલ કોલેજ, અમદાવાદ.
સામાજિક કલ્યાણ વિભાગ, ગુજરાત સરકાર, ગાંધી સ્મૃતિ મેડીકલ કોલેજ, અમદાવાદ.
સામાજિક કલ્યાણ વિભાગ, ગુજરાત સરકાર, ગાંધી સ્મૃતિ મેડીકલ કોલેજ, અમદાવાદ.