

: મેયર્સ ફંડમાંથી આર્થિક સહાય મેળવવા માટેનું અરજી ફોર્મ :

અરજદારનું નામ
 સરનામું

 ફોન/મોબાઈલ નંબર :—
 તારીખ :

પ્રતિ,
 માન.મેયરશ્રી,
 સુરત મહાનગરપાલિકા,
 સુરત.

વિષય :— મેયર્સ ફંડમાંથી આર્થિક સહાય આપવા બાબત .

- (૧) અરજદારનું નામ :
- (૨) દર્દીનું નામ :
- (૩) દર્દીનો અરજદાર સાથેનો સંબંધ :
- (૪) દર્દીની બીમારી :
- (૫) હોસ્પિટલનું નામ :
- (૬) સારવારનો થયેલ કુલ ખર્ચ રૂ.

: અરજી ફોર્મ સાથે રજુ કરવાના પુરાવાઓ :

- (૧) બારકોડેડ રેશનકાર્ડની પ્રમાણિત નકલ (સુરત શહેર વિસ્તારનો હોવો જોઈએ.)
- (૨) અરજદારના મતદાર કાર્ડ (ઈલેક્શન ઓળખ પત્ર) અને આધારકાર્ડની પ્રમાણિત નકલ રજુ કરવી.
- (૩) દર્દીના મતદાર કાર્ડ (ઈલેક્શન ઓળખ પત્ર) અને આધારકાર્ડની પ્રમાણિત નકલ રજુ કરવી.
 - (i) નવજાત બાળકના કિસ્સામાં જન્મનો દાખલો, માતા-પિતાના આધારકાર્ડ અને મતદાર કાર્ડની પ્રમાણિત નકલ ફરજીયાત આપવી.
 - (ii) સહીર દર્દીના કિસ્સામાં આધારકાર્ડની પ્રમાણિત નકલ રજુ કરવી.
 - (iii) દર્દીના મરણના કિસ્સામાં મરણના દાખલાની પ્રમાણિત નકલ રજુ કરવી.
- (૪) અરજી પર જે સરનામું છે તે સરનામા/રહેઠાણના મિલકતના છેલ્લા વેરાબીલની પ્રમાણિત નકલ રજુ કરવી.
- (૫) અરજદારના કુટુંબની વાર્ષિક આવક બાબતના મામલતદારશ્રી/સક્ષમ સત્તાવિકારીશ્રીના પ્રમાણપત્રની પ્રમાણિત નકલ રજુ કરવી.
- (૬) અરજદારની બેંક પાસખુકના પ્રથમ પાનાની પ્રમાણિત નકલ/બેંકનો કેન્સલ ચેક રજુ કરવા.
- (૭) દર્દીએ જે હોસ્પિટલમાં સારવાર લીધેલ હોય તે હોસ્પિટલના ડાક્ટરના સહી સિક્કાવાળા ઓરીજનલ ફાઈનલ બીલ અને તે બીલ ચુકવણી કર્યાની રસીદ તેમજ દવાના ઓરીજનલ બીલ પ્રિસ્ક્રિપ્શન સહિત રજુ કરવા.
- (૮) અરજી સાથે હોસ્પિટલ તરફથી સહી સિક્કાવાળું એપ્લીકેશન ફોર્મ રજુ કરવું.
- (૯) સારવાર લીધેલ દરેક બીલનું ક્રમાનુસાર સમરી બનાવી કુલ ખર્ચ દર્શાવતું પત્રક અલગથી નીચે દર્શાવ્યા મુજબનું રજુ કરવું.

અ.નં	બીલની તારીખ	બીલ નંબર	બીલની વિગત	બીલની રકમ રૂ.
- (૧૦) દર્દીએ હોસ્પિટલમાં લીધેલ સારવાર અંગેનું સંબંધિત હોસ્પિટલના ડાક્ટરના સહી સિક્કાવાળું ઓરીજનલ ડિસ્ચાર્જ સર્ટિફિકેટ.
- (૧૧) ગુજરાત સરકારશ્રીનો "મા અમૃતમ્ય કાર્ડ / આયુષ્માન કાર્ડ" છે? જો હોય તો તેની નકલ રજુ કરવી. જો ન હોય તો આયુષ્માન કાર્ડ કઢાવી રજુ કરવું.

આપનો વિશ્વાસુ,

અરજદારની સહી :.....

(પાછળ)

(૨)

સુચના: —

- અરજી ફોર્મમાં દર્શાવેલ અ.નં. (૧) થી (૧૧) મુજબની વિગતોના પેપર્સો કમ મુજબ ૨જી જણાવેલ યોરસ ખાનામાં ટીકમાર્ક કરવી.
- સમગ્ર કુટુંબની વાર્ષિક આવક રૂ. ૧,૫૦,૦૦૦/- અથવા તેના કરતા ઓછી હોય તેઓ અરજી કરવાને પાત્ર છે.
- સુરત મહાનગરપાલિકા હદ વિસ્તારમાં રહેતા દર્દીઓને જ આ સહાયનો લાભ મળી શકશે.
- અરજદાર તેમજ દર્દીના તમામ પુરાવાઓ સુરત શહેર વિસ્તારના હોવા જોઈએ.
- દર્દીને હોસ્પિટલમાંથી ૨જા આપ્યાની તારીખથી છ માસની અંદર અરજી કરવાની રહેશે.
- મેડીકલેઇમ વીમો કે અન્ય કોઈ સહાય લીધી હોય તેઓને મેયર્સફિંડમાંથી સહાય મળવાપાત્ર રહેશે નહીં.
- દર્દીના તમામ બીલો ઉપર સુરત શહેર હદ વિસ્તારનું સરનામું હોવું જોઈએ.

—: રેશનકાર્ડમાં જણાવ્યા પ્રમાણે કુટુંબના સભ્યોની વિગત નીચેના પત્રકમાં ભરવી :—

અનુ.નં.	કુટુંબના સભ્યોનું નામ	હાલની ઉંમર	સગપદ	વ્યવસાય	વાર્ષિક આવક
૧					
૨					
૩					
૪					
૫					
૬					
૭					
કુટુંબની કુલ વાર્ષિક આવક રૂ.					

—: બાંહેધરી પત્ર :—

આથી હું નીચે સહી કરનાર, , ઉ.વ.આ., ની
રહે , સુરત, મારા/મારી ની
..... સારવાર પેટે થયેલ ખર્ચ માટે મેયર્સફિંડમાંથી આર્થિક સહાય મેળવવા આ અગાઉ
અરજી કરેલ નથી કે સહાય મેળવેલ નથી તથા ગુજરાત સરકારશી/ મા.મુખ્યમંત્રીશ્રીના રાહતફંડ કે અન્ય કોઈ સંસ્થા
પાસેથી આર્થિક સહાય મેળવેલ નથી તેમજ કોઈપણ વિમા કંપનીમાં મેડીકલેઇમ અંગેનો દાવો કરેલ નથી.

વધુમાં મારા ધ્વારા આપવામાં આવેલ માહિતી અને અરજી અનુસંધાને જોડેલ દસ્તાવેજ મારી જાણ અને
માન્યતા મુજબ સાચા છે અને તેમાં કોઈ બાબત છુપાવેલ નથી. હું એ જાણું છું કે, ખોટી માહિતી કે દસ્તાવેજ રજી કરવા
એ કાયદા હેઠળ શિક્ષાને પાત્ર છે અને આવા સંજોગોમાં ખોટી માહિતી કે ખોટા દસ્તાવેજના આધારે મને મળેલ તમામ
લાભ સંપૂર્ણપણે રદ્દ થવા પાત્ર છે અને ભવિષ્યમાં કોઈ કાનુની પ્રક્રિયાનું નિર્માણ થશે તો તે મને બંધનકર્તા રહેશે. જેની
હું આ લેખિત બાંહેધરી આપું છું.

તારીખ: / / ૨૦૨

અરજદારની સહી :.....

સ્થળ :

અરજદારનું નામ :.....

