

## : 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 રૂા. ....

### : અરજી ફોર્મ સાથે રજૂ કરવાના પુરાવાઓ :

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

અ.નં	બીલની તારીખ	બીલ નંબર	બીલની વિગત	બીલની રકમ રૂા.
------	-------------	----------	------------	----------------

☐  
(૧૦) દર્દીએ હોસ્પિટલમાં લીધેલ સારવાર અંગેનું સંબંધિત હોસ્પિટલના ડૉક્ટરના સહી સિકકાવાળું ઓરીજનલ ડીસ્ચાર્જ સર્ટીફિકેટ. ☐  
(૧૧) ગુજરાત સરકારશ્રીનો "મા અમૃતમ્ કાર્ડ / આયુષ્માન કાર્ડ" છે? જો હોય તો તેની નકલ રજૂ કરવી. જો ન હોય તો આયુષ્યમાન કાર્ડ કઢાવી રજૂ કરવું. ☐

આપનો વિશ્વાસુ,

અરજદારની સહી :.....

(૨)

સુચના: —

- અરજી ફોર્મમાં દર્શાવેલ અ.નં. (૧) થી (૧૧) મુજબની વિગતોના પેપર્સો ક્રમ મુજબ રજુ કરી જણાવેલ ચોરસ ખાનામાં ટીકમાર્ક ☒ કરવી.
- સમગ્ર કુટુંબની વાર્ષિક આવક રૂા. 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 રજા આપ્યાની તારીખથી છ માસની અંદર અરજી કરવાની રહેશે.
- મેડીકલેઈમ વીમો કે અન્ય કોઈ સહાય લીધી હોય તેઓને મેયર્સફંડમાંથી 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	સગપણ	વ્યવસાય	વાર્ષિક આવક
૧					
૨					
૩					
૪					
૫					
૬					
૭					
૮					
કુટુંબની કુલ વાર્ષિક આવક રૂા.					

—: બાંહેધરી પત્ર :—

આથી હું નીચે સહી કરનાર, ....., ઉ.વ.આ. ...., રહે....., સુરત, મારા/મારી ..... ની ..... સારવાર પેટે થયેલ ખર્ચ માટે મેં મેયર્સફંડમાંથી આર્થિક સહાય મેળવવા આ અગાઉ અરજી કરેલ નથી કે સહાય મેળવેલ નથી તથા ગુજરાત સરકારશ્રી/ મા.મુખ્યમંત્રીશ્રીના રાહતફંડ કે અન્ય કોઈ સંસ્થા પાસેથી આર્થિક સહાય મેળવેલ નથી તેમજ કોઈપણ વિમા કંપનીમાં મેડીકલેઈમ 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 રજુ કરવા એ કાયદા હેઠળ શિક્ષાને પાત્ર છે અને આવા સંજોગોમાં ખોટી માહિતી કે ખોટા દસ્તાવેજના આધારે મને મળેલ તમામ લાભ સંપૂર્ણપણે રદ 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 :.....

**APPLICATION FORM**  
**TO BE FILLED IN BY THE HOSPITAL**

(To be Filled in block letters)

**DETAILS OF HOSPITAL**

a) Name of the hospital: \_\_\_\_\_  
b) Hospital ID: \_\_\_\_\_  
c) Name of the treating doctor: \_\_\_\_\_  
d) Qualification: \_\_\_\_\_ e) Registration No. with State Code: \_\_\_\_\_ f) Phone No. \_\_\_\_\_

**DETAILS OF THE PATIENT ADMITTED**

a) Name of the Patient: \_\_\_\_\_  
b) IP Registration Number: \_\_\_\_\_ c) Gender: Male ☐ Female ☐ d) Age: Years \_\_\_\_\_ Months \_\_\_\_\_ e) Date of birth: \_\_\_\_\_  
f) Date of Admission: \_\_\_\_\_ g) Time: \_\_\_\_\_ h) Date of Discharge: \_\_\_\_\_ i) Time: \_\_\_\_\_  
j) Type of Admission: Emergency ☐ Planned ☐ Day Care ☐ Maternity ☐ k) If Maternity ☐ i) Date of Delivery: \_\_\_\_\_ ii) Gravida Status: : \_\_\_\_\_  
l) Status at time of discharge: Discharge to home ☐ Discharge to another hospital ☐ Deceased ☐ m) Total claimed amount \_\_\_\_\_

**DETAILS OF AILMENT DIAGNOSED (PRIMARY)**

a)	ICD 10 Codes	Description
i. Primary Diagnosis	_____	_____
ii. Additional Diagnosis:	_____	_____
iii. Co-morbidities:	_____	_____
iv. Co-morbidities:	_____	_____

b)	ICD 10 PCS	Description
i. Procedure 1:	_____	_____
ii. Procedure 2:	_____	_____
iii. Procedure 3:	_____	_____
iv. Details of Procedure:	_____	

f) Hospitalization due to injury: ☐ Yes ☐ No I. If Yes, give cause \_\_\_\_\_ Self-inflicted ☐ Road Traffic Accident ☐ Substance abuse / alcohol consumption ☐  
ii) If injury due to substance abuse / alcohol consumption, Test conducted to establish this: ☐ Yes ☐ No (If Yes, attach reports) iii. If Medico legal: ☐ Yes ☐ No iv. Reported to Police ☐ Yes ☐ No  
v. FIR No. \_\_\_\_\_ vi. If not reported to police give reason: \_\_\_\_\_

**CLAIM DOCUMENTS SUBMITTED - CHECK LIST**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hospital Discharge summary<br><input type="checkbox"/> Operation Theatre Notes<br><input type="checkbox"/> Hospital main bill<br><input type="checkbox"/> Hospital break-up bill<br><input type="checkbox"/> Investigation reports | <input type="checkbox"/> CT/MR/USG/HPE investigation reports<br><input type="checkbox"/> Pharmacy bills<br><input type="checkbox"/> MLC reports & Police FIR<br><input type="checkbox"/> Original death summary from hospital where applicable<br><input type="checkbox"/> Any other, please specify |
|---|--|

**DECLARATION BY THE HOSPITAL**

(PLEASE READ VERY CAREFULLY)

We hereby declare that the information furnished in this Claim Form is true & correct to the best of our knowledge and belief. If we have made any false or untrue statement, suppression or concealment of any material fact, our right to claim under this claim shall be forfeited.

Date: \_\_\_\_\_

Place: \_\_\_\_\_

Signature and Seal of the Hospital Authority:

SECTION A

SECTION B

SECTION C

SECTION D

SECTION E