



गौड ब्राह्मण सभा

स्थापना : १८९७

(सार्वजनिक विश्वस्त संस्था कायद्यान्वये नोंदलेली संस्था, (नोंदणी क्र. ए. ८३२, मुंबई))

३०, कुडाळदेशकर ब्राह्मण निवास, जगन्नाथ शंकरशेठ मार्ग, गिरगाव, मुंबई-४०० ००४. दूरध्वनी : ०२२-२३८२ १६७५

वृद्धाश्रम फंड :

(ज्ञातीतील गरीब, गरजू, निराधार व निराश्रित रुग्णांना संस्थेच्या 'वृद्धाश्रम फंडातून' आर्थिक साहाय्य)

वैद्यकीय आर्थिक साहाय्यासाठी अर्ज

(टीप : अर्जदाराने अर्ज भरण्यापूर्वी सोबतच्या सूचना काळजीपूर्वक वाचाव्यात व त्यानंतरच अर्ज भरून पाठवावा. अपूर्ण माहिती असलेल्या अर्जाचा विचार केला जाणार नाही.)

फोटो

माननीय चिटणीस,

गौड ब्राह्मण सभा

स.न.वि.वि.,

मी कुडाळदेशकर गौड ब्राह्मण ज्ञातीचा / ज्ञातीची असून माझी सांपत्तिक स्थिती अत्यंत हलाखीची आहे व मला आर्थिक साहाय्याची तातडीची गरज आहे. संस्थेच्या वृद्धाश्रम फंडातून मला आर्थिक साहाय्य मिळावे अशी विनंती आहे. मी माझ्याविषयी आवश्यक ती माहिती खाली देत आहे.

अर्जदाराने द्यावयाची माहिती :

- (१) अर्जदाराचे संपूर्ण नाव : _____ जन्मतारीख / वय : _____
- (२) कायमचा पत्ता (घरचा) : _____
- (३) दूरध्वनी क्र. (एस.टी.डी. सह) : _____ मोबाईल क्र.: _____
- (४) अर्जदाराचा व्यवसाय : _____
- (५) रुग्णाचे संपूर्ण नाव : _____ जन्मतारीख / वय : _____ स्त्री/पुरुष : _____
- (६) रुग्णाचा व्यवसाय : _____
- (७) अर्जदाराशी रुग्णाचे नाते : _____
- (८) रुग्णाच्या कुटुंबाचे सर्व मार्गानी मिळणारे वार्षिक उत्पन्न : रु. _____ (उत्पन्नाचा दाखला व पूर्ण तपशील देणे आवश्यक) _____
- (९) रुग्णालयाचे नाव व पूर्ण पत्ता : _____
- (१०) रुग्णालयातील केस नं.: _____
- (११) कोणत्या आजारावरील उपचारासाठी आर्थिक साहाय्य हवे आहे : _____
(आजाराचे स्वरूप, घेतलेले उपचार व त्यासाठीचा कालावधी दर्शविणारे संबंधीत डॉक्टरांचे प्रमाणपत्र जोडावे)
- (१२) शस्त्रक्रियेची तारीख (ठरली असल्यास) त्यासंबंधीचे रुग्णालयाचे प्रमाण पत्र जोडावे : _____
शस्त्रक्रियेची तारीख ठरली नसल्यास अंदाजे कोणत्या महिन्यात शस्त्रक्रिया होणार आहे ते लिहावे : _____
- (१३) उपचारासाठी येणारा एकूण अंदाजित खर्च / उपचारासाठी येणारा मासिक खर्च : रु. _____
(रुग्णालयाचे खर्चाचे विवरण किंवा प्रमाण पत्र तसेच आतापर्यंत झालेल्या खर्चाची बीले सोबत जोडणे.)
- (१४) संस्थेकडून किती आर्थिक साहाय्याची अपेक्षा आहे : रु. _____
- (१५) रुग्ण व्यक्ती वैद्यकीय उपचार साहाय्य किंवा वैद्यकीय विमा योजनेतर्गत येत असल्यास त्याची संपूर्ण माहिती : _____
- (१६) वरीलप्रमाणे उपचारासाठी रुग्णाचे अंशदान किती :
अ) मेडिकलेम : रु. _____
ब) इतर विमा : रु. _____
क) इतर मदत : रु. _____
- (१७) याच उपचारासाठी किंवा अन्य उपचारासाठी पूर्वी या संस्थेकडे आर्थिक साहाय्यासाठी अर्ज केला होता का? _____
त्यासाठी आर्थिक साहाय्य मिळाले होते का? (शेवटचे वर्ष द्यावे) व किती? : _____

P.T.O.

(१८) अशा उपचारासाठी अनुदान देणाऱ्या इतर संस्थांकडे आर्थिक साहाय्यासाठी अर्ज केला आहे का? : _____
अर्ज केला असल्यास त्यांच्याकडून किती आर्थिक साहाय्य मिळाले किंवा मिळणार आहे त्याचा पूर्ण तपशील खालीलप्रमाणे द्यावा.

अ.क्र.	संस्थेचे नाव व पूर्ण पत्ता	अर्ज केल्याची तारीख	निर्णय (स्वीकारला/नाकारला/प्रलंबित)

(१९) रुग्णाच्या अर्जासंबंधी इतर अधिक माहिती :

तरी माझ्या या अर्जाचा सहानुभूतीपूर्वक विचार करून मला योग्य ते आर्थिक साहाय्य करावे ही नम्र विनंती.

मुक्काम : _____

दिनांक : _____

_____ अर्जदाराची सही किंवा डाव्या हाताच्या अंगठ्याचा ठसा

संपूर्ण नाव व पत्त्यासह दोन प्रतिष्ठित ज्ञातीबांधवांच्या शिफारसवजा सह्या :

सदर अर्जदारास मी ओळखत असून त्याने अर्जात दिलेली माहिती खरी असल्याबद्दल मी खात्री करून घेतली आहे. संस्थेकडून आर्थिक साहाय्य मिळण्यास अर्जदार पात्र आहे अशी मी शिफारस करतो/करते.

संपूर्ण नाव, पत्ता, दूरध्वनी / भ्रमणध्वनी क्रमांक :

सही :

(१) _____

(२) _____

कार्यकारी मंडळाचा निर्णय :

(१) सदर अर्जदारास वैद्यकीय उपचारासाठी रु. _____ (अक्षरी रु. _____)

इतके आर्थिक साहाय्य कार्यकारी मंडळाच्या दि. _____ च्या सभेत मंजूर करण्यात आले.

(२) अधिक माहितीसाठी तहकूब / नामंजूर - कार्यकारी मंडळ सभा दिनांक : _____

कार्याध्यक्षांची सही : _____