



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

स्व. एकनाथ केशव ठाकूर स्म. कुडाळदेशकर गौड ब्राह्मण कर्करोग वैद्यकीय उपचार फंड :
(ज्ञातीतील कर्करोगग्रस्त रुग्णांना वैद्यकीय उपचारासाठी आर्थिक साहाय्य)

वैद्यकीय (कर्करोग) 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. स्व. एकनाथ केशव ठाकूर स्म. कु.दे. गौड ब्राह्मण कर्करोग वैद्यकीय उपचार फंडातून मला आर्थिक साहाय्य मिळावे अशी विनंती आहे. मी माझ्याविषयीची आवश्यक ती माहिती मी 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 : _____