



શ્રી ઝાલાવાડી સ્થાનકવાસી જૈન સભા

રજી. ઓફીસ : ૩૦૧, બે-વ્યું, ૩૫૧ માળે (ઈસ્ટ), ૪૭, ડૉ. એમ. બી. વેલકર સ્ટ્રીટ, (કોલભાટ લેન), ચીરાબજાર,
મુંબઈ - ૪૦૦ ૦૦૨. ફોન : ૭૨૦૮૪ ૮૧૭૯૧ / ૭૨૦૮૪ ૭૨૭૪૪ / ૭૨૦૮૪ ૭૨૮૮૪
E-mail : zalawadisabha@gmail.com

સંચાલિત

કુમારી તૃપ્તી તથા કુમારી પ્રીતી જશવંતલાલ શાહ સ્વધર્મી સહાય યોજના (આર્થિક સહાય માટે અરજી ફોર્મ)

નિયમો અને માહિતી

- ૧) બૃહદ મુંબઈમાં વસતા/સંસ્થાનું સભ્યપદ ધરાવતા મૂળ ઝાલાવાડી સ્થાનકવાસી જૈનને જ સહાય મળશે. (ફક્ત સંસ્થાના લાવજમ ભરેલા સભ્યોમાટેજ)
- ૨) એક કુટુંબમાંથી અલગ નામે એક કરતાં વધુ અરજી કરવી નહીં.
- ૩) દર વર્ષ એપ્રિલમાં નવી અરજી ફોર્મ ભરવાનું રહેશે.
- ૪) પ્રતિષ્ઠિત ગૃહસ્થની ભલામણ તરીકે ઝાલાવાડી સભાના માન્ય સ્થાનિક પ્રતિનિધિની જ સહી અથવા વર્તમાન કમીટીના સભ્યની સહી કરાવવી.
- ૫) અરજી ફોર્મ સ્વચ્છતાપૂર્વક સ્પષ્ટ દરેક વિગત પુરી ભરીને મોકલવું (ફોર્મ ગુજરાતી ભાષામાં લખવું)
- ૬) ફોર્મ સાથે (અ) રેશનીંગ કાર્ડની ઝેરોક્ષ, બ) મેડિકલેમ પોલીસીની ઝેરોક્ષ કોપી ક) સંસ્થાની લવાજમ ભર્યાની છેલ્લી રસીદની ઝેરોક્ષ કોપી મોકલાવવી.
- ૭) અરજી નામંજુર કરવાના કારણો - ખુલાસો આપવામાં આવશે નહીં.

- ૧) અરજી કરનારનું પુરું નામ (અટક સાથે) : _____
- ૨) પિતાશ્રીનું / પતિનું પુરું નામ : _____
- ૩) હાલનું રહેઠાણનું સરનામું પીન કોડ : _____
તથા ફોન નંબર / મોબાઈલ નંબર : _____
- ૪) ઝાલાવાડી સભાના (મુંબઈ) સભ્ય તરીકેનું નામ : _____
લવાજમ ફી ભર્યાની રસીદ નંબર અને તારીખ : _____
મુળ વતન તથા સભ્ય પદ નંબર : _____ L. M./Y. M. No. : _____
- ૫) નોકરી ધંધો - દુકાનનું / સર્વિસના સ્થળનું નામ : _____
પુરું સરનામું તથા ફોન નંબર / મોબાઈલ નંબર : _____
- ૬) તમારી પોતાની કુલ માસિક આવક : _____
- ૭) કુટુંબીઓની માસિક આવક : _____
- ૮) ઝાલાવાડી સભામાંથી કઈ કઈ પ્રકારની મદદ મળે છે ? : _____
- ૯) આ સંસ્થા પાસેથી કેટલા વર્ષથી મદદ લો છો ? : _____
- ૧૦) મેડિકલેમ પોલીસીની વિગત

ઝાલાવાડી સભા ચેરીટેબલ ફાઉન્ડેશન સંચાલિત

- A) શ્રીમતી ચંપાબેન દિપચંદ ડુંગરશી તુરખિયા ગ્રુપ મેડિકલેમ યોજના (Universal Sompo) પોલિસી છે ?
- B) PNB મારફત ઉતરાવેલ Oriental / Star Health / Religare / Bajaj Mediclaim અથવા Happy Floater Mediclaim Policy છે ? કેટલા રૂા. ની પ્રિમિયમની રકમ કેટલી ભરો છો. રૂા.
- C) પર્સનલ મેડિકલેમ પોલીસી હોય તો તેની વિગત કેટલા રૂા. ની તથા પ્રિમિયમની રકમ

અરજી કરનારની કૌટુંબિક માહિતી
સાથે રહેતા કુટુંબના સભ્યોની વિગત

નં.	પુરું નામ	કુટુંબના વડીલ સાથેની સગાઈ	ઉંમર	અભ્યાસ	માસિક આવક
૧		અરજદાર પોતે			
૨					
૩					
૪					
૫					
૬					
૭					
૮					

હું સોગંદપૂર્વક જણાવું છું ઉપર જણાવેલી હકીકત સત્ય છે. તે લક્ષમાં લઈ યોગ્ય રકમ મંજૂર કરવા વિનંતી.

અરજી કરનારની સહી

તારીખ

પ્રતિષ્ઠિત ગૃહસ્થની ભલામણ

(નોંધ : ભલામણ કરનારે પૂરું ફોર્મ વાંચી સાચી માહિતી હોવાની ખાત્રી થયા બાદ સહી કરવી)
ભલામણની સહી કરનાર ઝાલાવાડી સ્થાનકવાસી જૈન હોવા ફરજિયાત છે.

ફોર્મમાં ભલામણ કરનાર સંસ્થાને માન્ય પ્રતિનિધી / વર્તમાન કાર્યવાહક સમિતીના સભ્યનીજ સહી કરાવવી

હું અરજી કરનારને _____ વર્ષથી ઓળખું છું તે ઝાલાવાડી સ્થાનકવાસી જૈન છે. મારી જાણ અને માહિતી મુજબ જણાવેલી હકીકત સત્ય છે અને તેઓ મદદને લાયક છે.

મુળવતન : _____ પુરું નામ : _____
તારીખ : _____ ઠેકાણું : _____
મોબાઈલ : _____

ભલામણ કરનારની સહી _____

(સંઘ કે પેઢીનો રબર સ્ટેમ્પ મારવો)

સંસ્થાનો નિર્ણય

અરજી ક્રમાંક : _____

અગાઉ મંજૂર કરેલી રકમ : _____

અરજી મળ્યા તારીખ : _____

રીમાર્ક : _____

આ અરજદારને મદદ મંજૂર કરેલ છે.

અરજી નામંજૂર કરેલ છે.

૩૧. _____

કન્વીનર / મંત્રીશ્રી

તારીખ

(અરજદારે વિશેષ વિગત જણાવવી હોય તો અલગ પત્રમાં લખીને મોકલાવવું)

આ અરજી ફોર્મ પૂરેપૂરું લખ્યું છે ! અરજી ફોર્મ સાથે (૧) રેશનીંગ કાર્ડની કોપી, (૨) ઇલેક્ટ્રીક બીલ (૩) છેલ્લી મેડીકલેમ પોલીસીની કોપી, (૪) સંસ્થાનું લવાજમ ભર્યાની છેલ્લી રસીદની Xerox Copy મોકલાવવી.