

## કલેઇમ ફોર્મ

સારવાર લેનાર ઇજાગ્રસ્તનું નામ, ઉંમર અને સરનામું: -

સારવારની ટૂંકી વિગત :-

હોસ્પિટલમાં થયેલ ખરેખર ખર્ચની કુલ રકમ : -

ઇજાગ્રસ્તના દાખલ થયાની તારીખ અને સમય: -

ઇજાગ્રસ્તને રજા આપ્યાની તારીખ અને સમય: -

ઉક્ત પ્રોસિજર/ સારવાર સંદર્ભે વાહન અકસ્માતમાં યોજના હેઠળની નિયત પ્રોસિજરની વિગત :-

ક્રમાંક નં.	પ્રોસિજર નંબર	પ્રોસિજરનું નામ	પ્રોસિજરનો દર
૧			
૨			

\* પ્રમાણપત્રની સાથે નીચે મુજબના દસ્તાવેજો બિડાણ કરી મોકલી આપવા :-

- સારવારનું વિગતવાર બિલ.
- ડોક્ટર દ્વારા લખેલ ઓપરેશન નોટ અને સારવાર નોટની નકલ.
- ડાયાગ્નોસ્ટીકરિપોર્ટની નકલ.
- ડિસ્ચાર્જ નોટની નકલ.
- લાગુ પડતા પેકેજ સામે દર્શાવેલ જરૂરી દસ્તાવેજોની નકલ.
- MLC નંબર.
- યોજનાનો લાભ લેવા માટેની ઇજાગ્રસ્તની સંમતિ
- રેકૉર્ડલશીટની નકલ (જો ઇજાગ્રસ્તનેરિકર કરેલ હોય તો)
- હોસ્પિટલની બેંક એકાઉન્ટની વિગત. (For RTGS)

સારવાર આપનાર હોસ્પિટલનાં તબીબની સહી: -

તારીખ: -

નામ: -

હોસ્પિટલનો સિક્કો: -

## Hospital Certificate

### હોસ્પિટલે રજુ કરવાનું પ્રમાણપત્ર

અમો .....

..... જી. .... પ્રમાણિત કરીએ છીએ કે વાહન અકસ્માત યોજના હેઠળ દાખલ થયેલ ઇજાગ્રસ્ત શ્રી/ શ્રીમતી/ કું .....ને તા. .... /..... /..... , ..... (સમય) થી તા. .... /..... /..... , ..... (સમય) સુધી તદ્દન મફત સારવાર આપેલ છે. તેમને વાહન અકસ્માત યોજના હેઠળ આવરેલ ..... પેકેજદર સારવાર માટે બુક કરવામાં આવેલ. જેની ..... પોલિસ સ્ટેશનને.....MLC નંબરથી તા..... /..... /..... અને .....સમયથી જાણ કરેલ છે. જેના બિલની રકમ અંકે રૂ. .... છે. જેના બિલની ચુકવણી કરી આપવા વિનંતી. અમે સોગંદપૂર્વક જણાવીએ છીએ કે, આ સારવાર અંગે અમે અગાઉ કોઈ દાવો રજુ કરેલ નથી તથા આ દાવા પેટે અમને કોઈ ચુકવણું થયેલ નથી.

Case No/ કેસ નંબર:

MLC નંબર:

સારવાર આપનાર હોસ્પિટલનાં તબીબની સહી: -

નામ: -

હોસ્પિટલનો સિક્કો: -

તા.:- ..... /..... /.....

## સંમતિ પત્રક

હું..... ઇજાગ્રસ્ત / ઇજાગ્રસ્તના સગા.....  
રહેવાસી.....ગુજરાત સરકારની વાહન ચક્રસ્માતની સારવાર સહાયની  
યોજનાનો લાભ મેળવવા ઇચ્છું છું.

હોસ્પિટલનું નામ:-

ઇજાગ્રસ્ત / ઇજાગ્રસ્તના સગાની સહી

સ્થળ:-

નામ:-

તારીખ:-