



# દિગંબર જૈન કુટુંબ સુરક્ષા યોજના

NO. : D

(ચેરીટેબલ રજીસ્ટર્ડ ટ્રસ્ટ નં. ઈ/૧૫૨૪૮/અમદાવાદ તા. ૧-૪-૨૦૦૨)

મેનેજિંગ ટ્રસ્ટી : દ, હરીઓમ એપાર્ટમેન્ટ, નવકાર ફ્લેટની બાજુમાં, રમણનગર, મણીનગર, અમદાવાદ-૮.

ફોન : ૨૫૪૬૩૫૭૩, ૯૯૯૮૪૦૨૧૦૨, E-mail : djksy97@gmail.com, Website : www.djksy.org

પ્રમુખ : પારસ સોસાયટી,  
મોડાસા રોડ, તલોદ.

ફોન : ૦૨૭૭૦-૨૨૦૩૭૧,

૯૯૯૮૬૦૯૯૮૭૪

મંત્રી : શૈલેષભાઈ આર. શાહ

૨૦૨, બ્લોકમ એપાર્ટમેન્ટ,

શંભુ કોફીબારની ગલીમાં, નવરંગપુરા, અમદાવાદ-૮.

મો. : ૯૪૨૬૩૭૧૬૨૦

PHOTO

## APPLICATION FORM FOR DONOR MEMBER

અટક : \_\_\_\_\_ નામ \_\_\_\_\_ પિતા/પતિનું નામ \_\_\_\_\_

પુરુષ/સ્ત્રી : \_\_\_\_\_ બ્લડ ગ્રુપ \_\_\_\_\_ વ્યવસાય \_\_\_\_\_ મૂળ ગામ \_\_\_\_\_

જન્મ તારીખ : \_\_\_\_\_ ઉંમર / વર્ષ \_\_\_\_\_ માસ \_\_\_\_\_

ટે.નં. : (O) \_\_\_\_\_ (R) \_\_\_\_\_ (M) \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ અભ્યાસ : \_\_\_\_\_

સભ્ય થતી વખતે નિયમો મુજબ જણાવવા યોગ્ય માંદગીની માહિતી \_\_\_\_\_

ધરનું સરનામું _____ _____ _____						
શહેર _____ પીન કોડ <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						

- \* સભ્ય થતી વખતે મને કેન્સર, જીવલેણ અસાધ્ય રોગની બીમારી નથી તેમ જ મને સભ્ય થતા પહેલાં બે મહિના અગાઉ હોસ્પિટલમાં દાખલ કરવામાં આવેલ નથી.
- \* આ સાથેના પાના નં. ૨ ઉપર જણાવેલ દિગંબર જૈન કુટુંબ સુરક્ષા યોજનાના નિયમો મેં વાંચેલ છે અને સમજ્યા છે અને હું નીચે સહી કરનાર તે સાથે સંપૂર્ણપણે સંમત છું અને સદરહું નિયમો મને બંધનકર્તા છે. આ સાથે સંમતિપત્ર નં. \_\_\_\_\_ પણ જુદો રજૂ કરેલ છે.
- \* આ સાથે રોકડા/ડીમાન્ડ ડ્રાફ્ટ/ચેક નંબર \_\_\_\_\_ તારીખ \_\_\_\_\_ બેન્ક \_\_\_\_\_ સ્થળ \_\_\_\_\_ રૂપિયા \_\_\_\_\_ અંકે રૂપિયા \_\_\_\_\_ નો મોકલું છું.
- \* હું સંસ્થાનું બંધારણ તથા સભ્યને લાગુ પડતા તમામ નિયમો પાળવા બંધાયેલ છું.
- \* સંસ્થાને રકમ ચેક અથવા રોકડથી ચુકવવાની રહેશે.
- \* ચેક અથવા ડ્રાફ્ટ દિગંબર જૈન કુટુંબ સુરક્ષા યોજનાના નામનો **A/c. Payee** લખવાનો રહેશે. તેમજ બેંકમાં જમા થયા પછી જ સભ્યપદ ગણાશે.
- \* ફોર્મ સાથે (જન્મનું પ્રમાણપત્ર અથવા શાળા છોડ્યાનો દાખલો) ઉંમરનો પુરાવો મોકલવો ફરજિયાત છે.
- \* ફોર્મ ઉપરના સરનામે મોકલવું તથા ભવિષ્યમાં પત્ર વ્યવહાર પણ ઉપરના સરનામે કરવો.

\* હું આ સાથે સોગંદથી જણાવું છું કે ઉપર જણાવેલ તમામ કહીકત સાચી છે અને મેં કોઈ જરૂરી હકીકત છુપાવી નથી. આ સાથે હું જ્યારે પણ જણાવવામાં આવે ત્યારે સભ્યના મરણની સંખ્યા પ્રમાણેની રકમ તથા આર્થિક મેડીકલ સહાયનો ફાળો સમયસર ભરવા માટે તૈયાર છું.

સભ્ય થનારની સહી : \_\_\_\_\_ તારીખ : \_\_\_\_\_ શહેર : \_\_\_\_\_

ફોર્મ લાવનારનું નામ \_\_\_\_\_ સહી \_\_\_\_\_ સભ્યપદ નંબર \_\_\_\_\_

### FOR OFFICE USE ONLY

FSS NO. \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ AGE CATEGORY \_\_\_\_\_  
DATE \_\_\_\_\_ RECEIPT NO. \_\_\_\_\_ MEDICAL BENEFIT FROM \_\_\_\_\_ N. A. \_\_\_\_\_ AUTH. SIGN. \_\_\_\_\_

# 卐 દિગંબર જૈન કુટુંબ સુરક્ષા યોજના 卐

ફોન : (મે. ટ્રસ્ટી) ૨૫૪૬૩૫૭૩, ૯૯૭૮૪૦૨૧૦૨ (પ્રમુખ) ૯૮૯૮૬૦૯૮૭૪

**યોજનાની શરૂઆત :** આ યોજનાનું કામકાજ તા. ૧૮-૮-૮૭ને સોમવાર રક્ષાબંધનના દિવસથી શરૂ કરવામાં આવેલ છે.  
**યોજનાનો હેતુ :** આ સંસ્થાનો મૂળ હેતુ સંસ્થાના સભ્યના મૃત્યુ સમયે તેના કુટુંબ પર આવી પડેલ આફતમાં તેના નોમીનીને / કુટુંબીજનોને હક્કના ધોરણે આર્થિક સહાય પૂરી પાડવાનો છે. જેના કારણે તેના પરિવારના સભ્યો આવી પડેલ આફતનો મક્કમતાથી સામનો કરી શકે.

**ડોનર સભ્ય બનવા માટેની લાયકાત :**

\* ડોનર સભ્ય બનનાર વ્યક્તિ શ્રી બેતાલીસ દશા હુમ્મડ દિગંબર જૈન યોજના પંચનો સભ્ય હોવો જોઈએ. \* સભ્ય બનનાર વ્યક્તિ સભ્ય બનતી વખતે કેન્સર તથા જીવલેણ અસાધ્ય રોગનો રોગી ન હોવો જોઈએ. \* સભ્ય બનનાર વ્યક્તિ સભ્ય બનતા અગાઉ બે માસની અંદર હોસ્પિટલમાં દાખલ થયેલો ન હોવો જોઈએ. \* સભ્યપદ આપવાનો અંતિમ નિર્ણય કારોબારીનો રહેશે.

**ડોનર સભ્ય માટેની દાખલ ફી**

સભ્ય ફી	એડવાન્સ સભ્ય ફાળો	દાખલ ફી	કુલ રકમ
૫૦	૧૦૦૦	૧૮૦૦૦	૨૦૦૫૦

**નોંધ :** ઉંમરની કુલ રકમ ફક્ત એક જ વખત ભરવાની રહેશે. સભ્યફાળો સભ્યના મરણની સંખ્યા પ્રમાણે વખતો વખત ભરવાનો રહેશે.

**સભ્યનો ફાળો :**

- (૧) આ યોજનાના દરેક સભ્યએ સભ્યના મૃત્યુ દીઠ રૂ. ૧૦૦ અંકે રૂ. સો મરણ પામેલ સભ્યના કુટુંબ સહાય પેટે સંસ્થાને આપવાના રહેશે. અથવા તો કારોબારી જે રકમ નક્કી કરે તે પ્રમાણે ચુકવવાના રહેશે.
- (૨) આર્થિક મેડીકલ સહાયની રકમ ડોનર સભ્યને આપવામાં આવશે નહીં.
- (૩) આર્થિક મેડીકલ સહાય પેટે ચુકવાયેલ રકમ સામે દરેક સભ્યને કલેઈમ દીઠ રૂ. ૨૦/- સંસ્થાને આપવાના રહેશે.
- (૪) ડોનર સભ્યનું અવસાન થતા ડોનર સભ્યના મૃત્યુમાં ઉઘરાવેલ કુલ રકમ સંસ્થામાં કોર્પસ ખાતે ડોનર મેમ્બર તરફથી સંસ્થામાં જમા થશે.
- (૫) આ તમામ ફાળો અનુકૂળતા મુજબ ઉઘરાવવામાં આવશે જે બાબતની લેખિત જાણ દરેક સભ્યને સંસ્થા કરશે. વર્ષ દરમ્યાન એડવાન્સ સભ્યના ફાળામાંથી કલેઈમની રકમ ચૂકવી દેવામાં આવશે.
- (૬) સભ્યનો ફાળો સભ્યએ આજીવન ચુકવવાનો રહેશે.
- (૭) સભ્યફાળો સભ્યને લેખિત જાણ કર્યાના ત્રીસ દિવસની અંદર ભરવાની રહેશે. આ રકમ NACH (ઓટોડેબીટ) થી ચુકવવાની રહેશે.
- (૮) જો સભ્યએ સભ્ય થતી વખતે ફોર્મમાં કોઈપણ માહિતી ખોટી ભરેલ હશે અથવા તો સંસ્થાને ગેરમાર્ગે દોરે તેવી હશે તો તેનું સભ્યપદ રદ કરવાનો અધિકાર કારોબારીનો રહેશે. જે નિર્ણય તમામને બંધનકર્તા રહેશે.
- (૯) કોઈપણ સંજોગોમાં સભ્યપદ રદ કરી શકાશે નહીં.
- (૧૦) ડોનર સભ્યનું મૃત્યું થતાં ડોનર સભ્યના સંમતિપત્ર મુજબ, આ અંગે આવેલ સભ્ય ફાળો સંસ્થાના કોર્પસ ખાતામાં ડોનર સભ્ય વતી જમા કરવામાં આવશે.

**મનુભાઈ આર. ગાંધી - મેનેજિંગ ટ્રસ્ટી**

**ડૉ. જયપ્રકાશ આર. શાહ - ટ્રસ્ટી**

**ડૉ. રાકેશભાઈ બી. શાહ (પ્રમુખ)**

**શૈલેષભાઈ આર. શાહ (મંત્રી)**

**ડૉ. કમલેશભાઈ એસ. શાહ (સહમંત્રી)**

**જુજ્ઞેશ સેવંતિલાલ શાહ (ખજાનચી)**

**કમલેશભાઈ મીઠાલાલ શાહ (સહખજાનચી)**

## સંમતિ પત્ર

પ્રતિ,  
દિગંબર જૈન કુટુંબ સુરક્ષા યોજના  
૬, હરીઓમ એપાર્ટમેન્ટ, નવકાર ફ્લેટની બાજુમાં,  
રમણનગર, મણીનગર, અમદાવાદ-૮.

ફોન : ૨૫૪૬૩૫૭૩, ૯૯૭૮૪૦૨૧૦૨

Website : [www.djksy.org](http://www.djksy.org)

સંમતિ પત્ર નંબર : \_\_\_\_\_

આથી હું \_\_\_\_\_ રહે. \_\_\_\_\_

આજ રોજ તા. \_\_\_\_\_ વાર \_\_\_\_\_ ના રોજના સંમતિ પત્ર લખી જાહેર કરું છું કે :-

- હું દિગંબર જૈન કુટુંબ સુરક્ષા યોજનામાં “ડોનર મેમ્બર” તરીકે જોડાયેલ છું. મારો ડોનર મેમ્બરશીપ નંબર \_\_\_\_\_ છે.
- સદર યોજનામાં આ સંસ્થામાં યોગદાન આપવાના ઉમદા હેતુથી હું જોડાયેલ છું.
- મેં “ડોનર મેમ્બર” તરીકે સદર યોજનામાં જોડાવવા અંગેના સંસ્થાના ઉમદા હેતુનો અભ્યાસ કરી તે અંગેના નીતિ નિયમો વાંચી અને સમજેલ છે. તેમજ સદર સંસ્થાના તેમજ સભ્યોનાં લાભાર્થે હું તેમાં “ડોનર મેમ્બર” તરીકે જોડાયેલ છું.
- આથી હું મને મળવાપાત્ર તમામ લાભ “ડોનર મેમ્બર” તરીકે દિગંબર જૈન કુટુંબ સુરક્ષા યોજનાની તરફેણમાં જતા કરું છું, અને મને ભવિષ્યમાં મળવાપાત્ર તમામ લાભની સંપૂર્ણ રકમ સદર સંસ્થા યોજનાના વિકાસ અર્થે તેના કોર્પસ ફંડમાં દાન કરવા માટે આથી હું મારી સંમતિ આ સંમતિ પત્રથી આપુ છું.
- આથી હું જાહેર કરું છું કે મેં “ડોનર મેમ્બર” તરીકે સદર યોજનામાં જોડાઈને સમાજનાં જરૂરિયાત મંદ સભ્યોને, સંસ્થા થકી વધુ સારી અને વધુ ઉમદા મદદ થઈ શકે તે હેતુસર મને મળવાપાત્ર તમામ લાભ સંસ્થાની તરફેણમાં જતા કરી એટલે કે છોડી દઈને તમામ લાભનું સ્વૈચ્છિક દાન કરેલ છે.
- મેં સમજી વિચારને મારા કોઈ જ વારસદારની સદર યોજનામાં નોમીની તરીકે નિમણૂક કરેલ નથી અને તેઓને કોઈ જ લાભ આ યોજનામાં મારા જોડાવાથી મળવાપાત્ર નથી. મેં તે બાબતની જાણ મારા કુટુંબીજનો અને વારસદારોને કરેલ છે, જે હું આ સંમતિ પત્રથી જાહેર કરું છું.

આ સંમતિ પત્ર આજ રોજ મેં સમજી વિચારી સંસ્થાનાં લાભાર્થે કરેલ છે.

સાક્ષીની સહી

સાક્ષીનું નામ \_\_\_\_\_  
અને સરનામું \_\_\_\_\_

સભ્યની સહી

સ્થળ : \_\_\_\_\_

તારીખ : \_\_\_\_\_