

ગુજરાત મકાન અને અન્યમ બાંધકામ શ્રમયોગી કલ્યાણ બોર્ડ, અમદાવાદ

૧ લો માળ, શ્રમભવન, ગન હાઉસની બાજુમાં, રૂસ્તમમ કામા માર્ગ, ખાનપુર, અમદાવાદ-૩૮૦૦૦૧

વ્યવસાયિક રોગોના કારણે થતી બીમારીઓમાં સહાય પૂરી પાડવાની યોજના

બાંધકામ લાભાર્થી માટે વ્યવસાયિક રોગોના કારણે થતી બીમારીઓમાં સહાય પૂરી પાડવાની સહાય યોજનાનું અરજીપત્રક
(વ્યવસાયિક રોગોની યાદી નીચે આપેલ છે.)

૧. અરજદાર લાભાર્થીનું પરેપૂરું નામ:-
(અટક પ્રથમ લખવી.) (અટક) (નામ) (પિતા/પતિનું નામ)
૨. ઉંમર વર્ષ:-.....
૩. લાભાર્થી શ્રમિકનો બોર્ડમાં/કચેરીમાં નોંધણી:-
ઓળખકાર્ડ નંબર, કચરીનું નામ:-
૪. ઓળખપત્ર છેલ્લેક રીન્યુ. થયાની તારીખ સહીતની વિગત:-
૫. જ્ઞાતિ (અનુ. જાતિ/અ.જ.જાતિ/બક્ષીપંચ/અન્ય.) -
૬. અરજદારનું કાયમી સરનામું -
૭. દર્દીની વિગતો:-
(એ) વ્યવસાયિક રોગ/બીમારીનું નામ:- કેટલા સમયથી રોગ/બીમારી છે ?.....
(બી) જે ડોક્ટર કે સંસ્થા દ્વારા સારવાર આપવામાં આવી હોય તે ડોક્ટર / હોસ્પિટલ / સંસ્થા નું નામ /
સરનામું
- (સી) અશક્તતાની ટકાવારી % (સારવાર કરનાર ડાક્ટરનું પ્રમાણપત્ર બિડવું.
- (ડી) અન્યત કોઈ યોજના હેઠળ આ સારવાર માટે સહાય મળી છે કે કેમ ? હા/ ના
- જો હા તો તેની વિગતો આપવી.....

આથી પ્રમાણિત કરું છું કે, ઉપર જણાવેલ તમામ માહિતી સાચી છે. વધુમાં જાહેર કરું છું કે મેં આવા પ્રકારની સહાય મેળવવા અન્ય કોઈ સરકારી ઓફીસમાં અરજી કરી નથી કે સહાય મેળવેલ નથી. જો ઉપર આપેલ માહિતી સાચી ન હોવાનું કે ખોટી હોવાનું જણાય તો અન્ય સરકારી સહાય મેળવવા માટે અરજી કરી હોવાનું કે મેળવેલ હોવાનું જાહેર થાય તો સારવાર માટે આ સહાય યોજનાની આર્થિક સહાય મેળવેલ હશે તે પૂરેપૂરી રકમ સરકારમાં પરત ભરવા કબુલ મંજૂર હોવાનું જાહેર કરું છું. ને તે પરત ભરવા બાંહેધરી આપું છું, તથા ખોટી વિગતો રજૂ કરી નાણાંકીય લાભ લેવો તે ગુનો બને છે. તેની મને જાણ છે. ખોટી વિગતો રજૂ કરી નાણાંકીય લાભ મેળવેલ હશે તો મારી સામે ફોજદારી રાહે જે કોઈ કાર્યવાહી થશે તે મને કબુલ છે.

ઉપરોક્ત તમામ વિગતો મેં વાંચી/સમજીને નીચે શુદ્ધબુદ્ધિપૂર્વક સહી/અંગૂઠો કરેલ છે.

અરજદારની સહી અથવા અંગૂઠાનું નિશાન

નોંધ:- જો અંગૂઠો કરેલ હોય તો અંગૂઠો કરનારની ઓળખ આપનાર સાક્ષીની સહી

સહી નામ અને સરનામું

તારીખ:-

સ્થાન:-

Schedule – II [see Rule 260(a)]

Notifiable Occupational Disease in Building and Other Construction Work

1. Occupational Dermatitis
2. Occupational Cancer
3. Asbestosis
4. Silicosis
5. Lead poisoning including poisoning by any preparation of compound of lead or their sequelae
6. Benzene poisoning, including poisoning by any of its homologues, their nitro or amino derivatives or its sequelae
7. Occupational Asthma
8. Pesticide poisoning
9. Carbon monoxide poisoning
10. Toxic jaundice
11. Toxic anemia
12. Compressed air illness (Caissons disease)
13. Noise induce hearing loss
14. Isocyanates poisoning
15. Toxic nephritis

ડોક્ટરનું પ્રમાણપત્ર

શ્રી/શ્રીમતી ને મેં તપાસ્યા છે અને તેમને
.....ની વ્યવસાયિક રોગ / બીમારી છે. આ ગંભીર રોગ/બીમારીને કારણે તેઓ %
અશક્તતા ધરાવે છે.

તારીખ:- ડોક્ટરની સહી/સિક્કો

સ્થાન:- નામ:-.....

નોંધ:- આ પ્રમાણપત્ર સરકારી અથવા સરકાર માન્ય દવાખાના હોદ્દા:-

કે હોસ્પિટલના ડોક્ટર આપી શકશે. હોસ્પિટલનું નામ/સિક્કો:-

ખરાઈ

રજીસ્ટર ક્રમાંક..... વર્ષ.....

ઉક્ત અરજદાર શ્રી ની અરજી અંગેની વિગતોની ખરાઈ કરેલ છે. જે મુજબ ઉપરની હકીકતો સાચી છે. અરજદારને વ્યવસાયિક રોગોના કારણે થતી બીમારીઓમાં સહાય પૂરી પાડવાની સહાય મંજૂર કરવા ભલામણ છે. અથવા નીચેના કારણોસર સહાય નામંજૂર કરવા ભલામણ છે.

તારીખ:-

સ્થાન:- (અધિકૃત અધિકારીની સહી/સિક્કો)

વ્યવસાયિક રોગોના કારણે થતી બીમારીઓમાં અગાઉ ચૂકવાયેલ સહાયની વિગતો

ક્રમ	ચૂકવણીની તારીખ	સમયગાળો	ચૂકવણીની રકમ	ચેક નંબર
૧				
૨				
૩				
૪				
૫				
૬				
૭				
૮				
૯				
૧૦				

વ્યવસાયિક રોગોના કારણે થતી બીમારીઓમાં સહાય પૂરી પાડવાની સહાય મંજૂરી અંગે નિર્ણય

કેસ નંબરવર્ષ:-.....

અરજદાર શ્રીની અરજીની વિગતો તથા સ્થાનિક અધિકારીઓએ કરેલ ચકાસણી/ખરાઈની વિગતો અને ભલામણો ધ્યાને લઈ વ્યવસાયિક રોગોના કારણે થતી બીમારીઓમાં સહાય પૂરી પાડવાની સહાય યોજના હેઠળ માસિક રૂ.....(અંકે રૂપિયા.....) લેખેમહિનાના કુલ રૂ..... (અંકે રૂપિયા.....) ની આર્થિક સહાય મંજૂર કરવાનો હુકમ કરવામાં આવે છે. / નામંજૂર કરવાનો હુકમ કરવામાં આવે છે. સદરહુ સહાય ચેકથી ચૂકવવા હુકમ કરવામાં આવે છે.

નામંજૂર અંગેના કારણો:-

કેસ નંબર:- સહી:-

તારીખ:- હોદ્દા:-

સિક્કો:-.....

કચેરી ઉપયોગ માટે

ઓળખ પ્રસ્થા પિતના પુરાવાની ઝેરોક્ષ નકલની વિગતો

૧. બોર્ડ દ્વારા અપાયેલ લાભાર્થી તરીકેના ઓળખપત્રની નકલ

૨. રેશન કાર્ડની નકલ

૩. સંસ્થા દ્વારા અપાયેલ ઓળખપત્રની નકલ