

નિસર્ગોપચાર કેન્દ્ર (વડોદરા જિલ્લા સર્વોદય મંડળ, દ્વારા સંચાલિત) વિનોબા આશ્રમ, ગોત્રી, વડોદરા -390021

ફોન : +91(265)2371880 મોબાઈલ : +91 9426187847 ઈમેલ : info@nisargopachar.org વેબસાઈટ : www.nisargopachar.org

ઇન્ડોર એડમિશન માટે અરજી પત્રક (કૃપા કરીને વિગતો ભરો અને તેને વોટ્સએપ અથવા ઇ-મેઇલ દ્વારા મોકલો)

વ્યક્તિગત માહિતી :

બુકિંગ નંબર : _____

નામ : _____ અટક : _____ લિંગ : _____ પુરુષ/સ્ત્રી/અન્ય

સરનામું ૧ : _____ સરનામું ૨ : _____

વિસ્તાર : _____ શહેર : _____ રાજ્ય : _____ પિનકોડ : _____

જન્મ તારીખ : _____ ઉંમર : _____ વર્ષ વજન : _____ કિલો

મોબાઇલ નંબર : _____ વોટ્સએપ નંબર : _____ ઇ-મેઇલ : _____

નાગરિકતા :

<input type="checkbox"/> ભારતીય	<input type="checkbox"/> OCI કાર્ડધારક	<input type="checkbox"/> વિદેશી નાગરિકતા	<input type="checkbox"/> દેશનું નામ
---------------------------------	--	--	-------------------------------------

તબીબી વિગતો : (કૃપા કરીને સમયગાળો સ્પષ્ટ કરો, તબીબી અહેવાલો / અન્ય સંબંધિત દસ્તાવેજોની નકલ જોડો)

ટિક	આરોગ્ય તકલીફ						
<input type="checkbox"/>	એસિડિટી	<input type="checkbox"/>	સંધિવા	<input type="checkbox"/>	દમ	<input type="checkbox"/>	કબજિયાત
<input type="checkbox"/>	ડિપ્રેશન	<input type="checkbox"/>	ડાયાબિટીસ	<input type="checkbox"/>	અનિદ્રા	<input type="checkbox"/>	હૃદય રોગ
<input type="checkbox"/>	હાઈ બીપી	<input type="checkbox"/>	અપચો	<input type="checkbox"/>	નબળાઈ	<input type="checkbox"/>	થાઇરોઇડ
<input type="checkbox"/>	સ્થૂળતા	<input type="checkbox"/>	સાયટીકા	<input type="checkbox"/>	ચામડીનો રોગ	<input type="checkbox"/>	આધાશીશી
<input type="checkbox"/>	વર્ટીગો	<input type="checkbox"/>	યુરિક એસિડ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

અન્ય કોઈ પણ, નોંધ કરો:

શારીરિક ક્ષમતા :

રોજિંદી ક્રિયા માટે અટેન્ડન્ટ જરૂરી નથી

રોજિંદી ક્રિયા માટે અટેન્ડન્ટ જરૂરી છે

હાલની દવાઓની યાદી : વધારે દવાઓ હોય તો કોરા કાગળ પર લખી સાથે જોડાણ કરો

	દવા નામ	ડોઝ
૧		
૨		
૩		
૪		

એટેન્ડન્ટની વિગતો:

	પૂરું નામ	લિંગ	ઉંમર	
૧				જો ગ્રુપમાં દાખલ થતા હોય, તો ગ્રુપના સભ્યોની સંખ્યા જણાવો સભ્ય સંખ્યા :.
૨				

આવવાની તા : _____ જવાની તા : _____ સારવારના કુલ દિવસો : _____ દિવસ

રૂમનો પ્રકાર

અન્ય વિગતો

યુકવણીની વિગતો

ટિક	પ્રકાર
<input type="checkbox"/>	જનરલ વોર્ડ
<input type="checkbox"/>	સ્પેશ્યલ શેરિંગ
<input type="checkbox"/>	સ્પેશ્યલ સિંગલ
<input type="checkbox"/>	સેમી ડિલક્સ
<input type="checkbox"/>	ડિલક્સ

ટિક	
<input type="checkbox"/>	એટેન્ડન્ટની સંખ્યા
<input type="checkbox"/>	ગ્રાઉન્ડ ફ્લોર જરૂરી છે?
<input type="checkbox"/>	શારીરિક રીતે વિકલાંગ ?
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

ટિક	યુકવણી
<input type="checkbox"/>	ઓનલાઇન
<input type="checkbox"/>	ફાસ્ટ / ચેક
<input type="checkbox"/>	રોકડ
<input type="checkbox"/>	રકમ રૂ
<input type="checkbox"/>	ટ્રાન્સેક્શન ID
<input type="checkbox"/>	યુકવણીની તારીખ

નિસર્ગોપચાર કેન્દ્રમાં પ્રવેશ માટેના નિયમો :

અન્ય કોઇપણ પ્રકારની સારવારની જેમ નિસર્ગોપચાર સારવારમાં ચોક્કસ નિયંત્રણો સામેલ હોય છે, જે કેટલીક વ્યક્તિઓને અસુવિધા અથવા અગવડતાનું કારણ બની શકે છે. અમે સ્વાસ્થ્યસાધકોને આ નિયમોને સંપૂર્ણ રીતે સમજવાની સલાહ આપીએ છીએ. જો તમે નિયમોનું પાલન કરવા તૈયાર હોવ તો જ નિસર્ગોપચાર કેન્દ્રમાં પ્રવેશ માટે અરજી કરો.

કેન્દ્રના નિયમો:

- કેન્દ્રમાં ચા, કોફી, ધુમ્રપાન, દારૂ, ગુટકા, જેવા કોઇ પણ કેફી દ્રવ્યો કે વ્યસનો લેવાની મનાઇ છે.
- સ્વાસ્થ્ય સાધક માટે સૂચવાયેલા અને કેન્દ્રમાંથી આપવામાં આવતા આહાર સિવાય અન્ય કોઇ પણ ખાવાપીવાની ચીજ કે દવા ડોક્ટરની સલાહ વિના લેવાની મનાઇ છે.
- ડોક્ટરની પરવાનગી લીધા સિવાય કેન્દ્રની બહાર જવાની મનાઇ છે.
- સ્વાસ્થ્ય સાધકને એડમિશન આપવા વિશેનો નિર્ણય ભરેલા અરજીપત્રકની ચકાસણી કર્યા પછી લેવામાં આવે છે, આ પ્રક્રિયા પૂરી થતા ત્રણથી ચાર દિવસ લાગતા હોય છે. અરજીપત્રકની ચકાસણી થતા તે એડમિશન આપવા યોગ્ય હોય તો કામચલાઉ એડમિશન આપવામાં આવે છે.
- કામચલાઉ બુકિંગ ફોન ઊપર થઇ શકે છે પરંતુ ઇન્ડોર બુકિંગ માટેના અરજીપત્રકની ચકાસણી થયા બાદ તથા બુકિંગ ડિપોઝિટ મળેથી અરજીને કામચલાઉ એડમિશન આપવા યોગ્ય ગણવામાં આવશે. અરજીપત્રકની ચકાસણી પૂરી થયે આપને “કન્ફર્મેશન લેટર” મોકલવામાં આવશે.
- કેન્દ્રના ડોક્ટર દ્વારા આવનાર સ્વાસ્થ્ય સાધકની શારીરિક તપાસ બાદ જ એડમિશન આપવામાં આવશે. આપના અરજીપત્રકમાં જણાવેલી માહિતી ખોટી હશે અથવા છુપાવવામાં આવી હશે તો તે સંજોગોમાં કામચલાઉ એડમિશન રદ થઇ શકે છે અને બુકિંગ ડિપોઝિટ જપ્ત કરવામાં આવશે. (સ્વાસ્થ્ય સાધકે અરજી કર્યા બાદ તેમની આરોગ્ય વિષયક સ્થિતિમાં ફેરફાર થયો હોય તો તે વિશે કેન્દ્રને જાણ કરીને ફરીથી કન્ફર્મેશન લેવું જરૂરી છે, અન્યથા શારીરિક તપાસ બાદ એડમિશન રદ થઇ શકે છે.)
- કોઇ પણ સ્વાસ્થ્ય સાધકને કેન્દ્રમાં એડમિશન આપવા વિશે, ચાલુ રાખવા વિશે કે ડિસ્ચાર્જ આપવા અંગેનો હક કેન્દ્ર પાસે રહેશે.
- અનિવાર્ય કારણોસર કેન્દ્રને સ્વાસ્થ્ય સાધકનો નિવાસ- પ્રકાર બદલવાની કે બુકિંગ કેન્સલ કરવાની જરૂરિયાત ઊભી થાય તો તે સંજોગોમાં બુકિંગ ડિપોઝિટ પૂરેપૂરી પરત કરવામાં આવશે. આવા ફેરફાર કે કેન્સલેશનને પરિણામે સ્વાસ્થ્ય સાધકને ઊભા થતા અન્ય કોઇ પણ પ્રકારના નુકસાન માટે કેન્દ્ર જવાબદાર રહેશે નહીં.
- સ્વાસ્થ્ય સાધક માટે કેન્દ્રમાં નિવાસના લઘુત્તમ દિવસ ૧૦ રહેશે તથા મહત્તમ દિવસ ૬૦ રહેશે.
૧૦. ૧૬ વર્ષથી નીચેની અથવા ૮૦ વર્ષથી વધુ ઊંમર તથા ૧૫૦ કિ.ગ્રા.થી વધુ વજનવાળી વ્યક્તિઓને કેન્દ્રમાં એડમિશન આપવાપાત્ર ગણવામાં આવતી નથી. તેમ છતાં વિશેષ તકલીફ હોવાના કિસ્સામાં કેન્દ્રની અગાઉથી મંજૂરી મેળવીને આ નિયમમાં અપવાદ કરી શકાશે.
૧૧. કોઇ પણ પ્રકારની શારીરિક અથવા માનસિક અક્ષમતા (disability)ના સંજોગોમાં સ્વાસ્થ્ય સાધકની વ્યક્તિગત કાળજી રાખવા માટે અથવા સેવા કરવા માટે એટેન્ડન્ટની વ્યવસ્થા સ્વાસ્થ્ય સાધકે જાતે કરવાની રહેશે. ઉપચારગૃહમાં વિજ્ઞાતીય એટેન્ડન્ટનો પ્રવેશ નિષેધ હોવાથી પુરૂષ સ્વાસ્થ્ય સાધક સાથે પુરૂષ તથા મહિલા સ્વાસ્થ્ય સાધક સાથે મહિલા એટેન્ડન્ટ હોવાં ઇચ્છનીય છે. સ્વાસ્થ્ય સાધકે એડમિશન માટે બુકિંગ કરાવતી વખતે એટેન્ડન્ટની રહેઠાણ જરૂરિયાત જણાવવી આવશ્યક છે.
૧૨. બુકિંગ કેન્સલ કરાવવું , મુલતવી રાખવું, બુકિંગ કરાવ્યા કરતા ઓછા દિવસ રોકાવું અથવા નિવાસ-વ્યવસ્થાનો પ્રકાર બદલાવવાના સંજોગોમાં બુકિંગ ડિપોઝિટમાંથી નિયમ પ્રમાણે રીફંડ મેળવી શકાશે. રીફંડ અંગેના નિયમો માટે કેન્દ્રનું છેલ્લું માહિતીપત્રક જોવું જરૂરી છે.
૧૩. એડમિશન માટે આવતી વખતે સ્વાસ્થ્ય સાધકે કેન્દ્રમાંથી મોકલાવેલ બુકિંગ કન્ફર્મેશન લેટર લાવવો જરૂરી છે.
૧૪. કોઇ પણ પ્રકારની તકરાર (dispute) વડોદરાનાં ન્યાયક્ષેત્રની મર્યાદામાં રહેશે.

સંમતિ અને સ્વીકૃતિ :

મેં ઉપર જણાવેલ કેન્દ્રના નિયમો વાંચ્યા છે અને સંપૂર્ણ રીતે સમજ્યા છે અને હું સ્વેચ્છાએ તેનો સ્વીકાર કરું છું.

સહી : _____ તારીખ : _____ સ્થળ : _____

ફક્ત ઓફિસ વપરાશ માટે

બુકિંગ નંબર _____

આવવાની તા : _____ જવાની તા : _____ સારવારના દિવસો : _____ દિવસો.

રૂમનો પ્રકાર

જનરલ વોર્ડ

સ્પે. (શેરિંગ)

(સિંગલ)

સેમી ડિલક્સ

ડિલક્સ

વ્યક્તિઓની સંખ્યા: સ્વાસ્થ્યસાધકો _____, એટેન્ડન્ટ્સ _____, કુલ: _____ ફ્લોર : ગ્રાઉન્ડ/ફર્સ્ટ

રકમ રૂ: _____, રૂપિયા (શબ્દોમાં) _____ માત્ર, રોકડ / ચેક / ડી.ડી. નંબર: _____

તારીખ: _____, બેંક: _____

નોંધ : _____

તારીખ: _____ સહી : _____