

Nirman Bhavan, Opp. Law Garden,  
Ellisbridge, Ahmedabad - 380 006.  
**Phone** : (079) 2656 5935, 26565936  
**Email** : sssogicea2014@gmail.com  
**Web** : www.gicea.org  
**Mobile App** : GICEA



ESTD. : 1994

# SOCIAL SECURITY SCHEME OF GICEA

ISO 9001-2008  
CERTIFIED INSTITUTE



## DECLARATION

*(For the members above 40 years) &*

**(For the Members applying for SSS membership after lapse of 5 years of GICEA membership)**

I here by declare to the best of my knowledge, at present my health is fairly good and in sound condition, and not suffering from terminal disease.

Place : Signature :

Date : Name :

FLM No. :

---

### **Doctor's Certificate**

Mr./Mrs. \_\_\_\_\_ is my  
patient since \_\_\_\_\_ years, and to the best of my knowledge he/she is presently  
having fairly good health.

Place : Signature :

Date : Name of Doctor :  
Address & Phone No. :

Registration No. :

Stamp :

**(TO BE ATTACHED WITH ADMISSION FORM)**

**P.T.O.**

# DECLARATION

For the members above 50 years

## Medical Examination Form To Be Filled By Doctor OF Reputed Hospital

Name : \_\_\_\_\_

Address : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_ Sex (M/F) : \_\_\_\_\_ Marital Status : Married / Unmarried

### Clinical Examinations Carried out by

Consulting Physician

Consulting Gynecologist  
(For Lady Applicant)

### Background History

Family History : \_\_\_\_\_

Personal History : \_\_\_\_\_

Past History : \_\_\_\_\_

Main Complaints : \_\_\_\_\_

### Clinical Systematic Examination

(A) C.V.S. :	Pulse :
(B) R.S. :	B.P. :
(C) C.N.S. :	
(D) G.I.S. :	Weight :
(E) G.U.S. :	Height :
(F) Musculo :	
(Skeletal System)	

### Report of Investigation

1. Blood Sugar	
(A) Fasting (F.B.S.) : .....	(B) P.P.B.S. : .....
2. S. Cholesterol :	7. Stool Examination :
3. Blood Urea :	8. Hb% :
4. S. Triglyceride :	9. Total Count :
5. Blood Group :	10. X-Ray Chest (P.A. View) :
6. Urine Examination :	11. E.C.G. :
	12. Tread Mill Stress Test :

Comments & Conclusion \_\_\_\_\_

Management \_\_\_\_\_

### Certificate

To the best of my knowledge & on the basis of above investigations reported above.

Mr./Mrs. \_\_\_\_\_ is having good/normal health.

Signature

R.M.O. / Consulting Physician  
(Stamp & Registration No.)

TO BE ATTACHED WITH ADMISSION FORM

Nirman Bhavan, Opp. Law Garden,  
Ellisbridge, Ahmedabad - 380 006.  
Phone : (079) 2656 5935, 26565936  
Email : sssogficea2014@gmail.com  
Web : www.gicea.org  
Mobile App : GICEA



# SOCIAL SECURITY SCHEME OF GICEA



**જી.આઈ.સી.ઈ.એ.ના ફેલો (લાઈફ) મેમ્બર તથા પેટ્રોન મેમ્બર અને તેમનાં જીવન સાથી અને એ.એસ.એલ.એમ. મેમ્બર જેમણે ૫૫ વર્ષ પૂર્ણ કરેલ ન હોય તેઓ જ આ યોજનામાં જોડાઈ શકે છે.**

**આ પત્રક પણ ફોર્મ સાથે સહી કરી પરત કરવું.**

## એપ્લીકેશન ફોર્મ અંગે જરૂરી સૂચનાઓ

- ફોર્મમાં આપનો જી.આઈ.સી.ઈ.એ. મેમ્બરશીપ નંબર સ્પષ્ટ દર્શાવવો.
- જીવનસાથીનાં એપ્લીકેશન ફોર્મમાં સભ્યશ્રીનો એસ.એસ.એસ. મેમ્બરશીપ નંબર દર્શાવવો.
- એપ્લીકેશન કરનારના ફોટા અવશ્ય લગાવવા, તથા આગળ અને પાછળના પાને સહી કરવી.
- ફોર્મના પાછળના ભાગે બંને નોમીનીની વિગતો, સહી તથા ફોટા અવશ્ય બીડવા.
- ઓળખ આપનારની (Introduction) સહી ફોર્મમાં પાછળના પાને કરવાની રહે છે.
- ફોર્મ બે નકલમાં ભરવું જરૂરી છે. બંને ફોર્મમાં ફોટા લગાવવા આવશ્યક છે.
- ફોર્મ સાથે જન્મ તારીખના દાખલા માટે જન્મનું પ્રમાણપત્ર, શાળા છોડ્યાનું પ્રમાણપત્ર, એસ.એસ.સી. પ્રમાણપત્ર, ડ્રાઈવીંગ લાયસન્સ, પાસપોર્ટ અથવા આધારકાર્ડ પૈકીના કોઈપણ એક દસ્તાવેજની “Self Attested” ફોટો કોપી જોડવી આવશ્યક છે.

☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐

(આપનું ફોર્મ પરત કરતાં પૂર્વે આપ જાતે ચકાસી લેશો.)

### જો આપની ઉંમર ૪૦ વર્ષ કરતાં વધારે હોય તો (ઉંમર વર્ષ ૪૧ થી ૫૦ સુધી)

- આપે સેલ્ફ ડેકલેરેશન ફોર્મ ભરવાનું રહે છે. જેમાં આપના ફેમીલી ડોક્ટર (કે જેનું ન્યુનતમ ક્વોલીફિકેશન એમ.બી.બી.એસ. હોય)નાં સહી, સીક્કો, રજીસ્ટ્રેશન નંબર તથા સરનામું દર્શાવવું જરૂરી છે.
- આપને સભ્યપદ પ્રાપ્ત કર્યા પછી એક વર્ષ બાદ જ આ યોજના હેઠળ બંધુત્વફાળાની રકમ મળવાપાત્ર થાય છે.

### જો આપની ઉંમર ૫૦ વર્ષ કરતાં વધારે હોય તો (ઉંમર વર્ષ ૫૧ થી ૫૫ સુધી)

- આપે સેલ્ફ ડેકલેરેશન ઉપરાંત મેડીકલ ચેકઅપ એમ.ડી. ફિઝીશીયન પાસે કરાવવાનું રહેશે.
- આપને સભ્યપદ પ્રાપ્ત કર્યા પછી એક વર્ષ બાદ જ આ યોજના હેઠળ બંધુત્વફાળાની રકમ મળવાપાત્ર થાય છે.
- જો આપનું મેડીકલ ફોર્મ તથા રીપોર્ટસ યોગ્ય નહીં જણાય તો એડમીનીસ્ટ્રેટીવ કમીટીને તે ફોર્મ ના મંજૂર કરવાની સત્તા રહે છે.
- જો આપે ૫૪ વર્ષ પૂર્ણ કરેલ હોય તો, ૫૫ વર્ષ પૂર્ણ કરતાં તે પૂર્વે ૩ માસ પહેલાં સંપૂર્ણ ભરેલ ફોર્મ પહોંચાડવાનું રહેશે.

- અરજી કરનાર વ્યક્તિએ પેમેન્ટ CHEQUE / DD થી કરવું અથવા NACH / ECS ફોર્મ ભરવું.
- ફોર્મ “CAPITAL / BLOCK” LETTER માં ભરવું જરૂરી છે.
- ફોર્મ મંજૂર/નામંજૂર કરવાની સત્તા એડમીનીસ્ટ્રેટીવ કમીટીને આધીન છે. તે અંગે એડમીનીસ્ટ્રેટીવ કમીટીનો નિર્ણય આખરી રહેશે.

ઉપરનાં સર્વે સૂચનો તથા નિયમો મેં વાંચ્યાં છે તથા તે સાથે હું સંમત છું, તથા સ્કીમનું બંધારણ મને માન્ય રહેશે.

સભ્યની સહી \_\_\_\_\_

**“ભાતૃભાવ દ્વારા સલામતી”**

સોશલ સિક્યુરિટી સ્કીમ

Nirman Bhavan, Opp. Law Garden,  
Ellisbridge, Ahmedabad - 380 006.  
**Phone :** (079) 2656 5935, 26565936  
**Email :** ssofgicea2014@gmail.com  
**Web :** www.gicea.org  
**Mobile App :** GICEA



# SOCIAL SECURITY SCHEME OF GICEA



## APPLICATION FORM

S.S.S. No. Alloted :-

Membership sanctioned Dt. :-

Admm. Meeting No./Dt. :-

To,

Hon. Secretary,

“Social Security Scheme of GICEA”

I undersigned apply herewith for membership of Social Security Scheme of GICEA. I am /My Husband / My Wife is Patron/ Fellow (Life) member of GICEA, vide Membership No. **FLM/PM-** \_\_\_\_\_ My Husband / Wife is a member of S.S.S. of GICEA vide Membership No. **SSS-** \_\_\_\_\_

I confirm that information furnished hereunder are true and correct. I have read and understood the consitution of the Scheme and shall abide by the same.

## PARTICULARS OF THE APPLICANT

(PLEASE WRITE / TYPE IN BLOCK LETTERS)

### (1) Applicant's Name :

Surname

First Name

Last Name

### (2) Birth Date :

Sex : M ☐ F ☐

### (3) Payment details :

(a) Amount Rs.

By Cheque / DD No.

Date :

(b) Drawn on

Branch

(c) Amount in words Rs.

### (5) Address for Official Communication :

Pin

### (6) Telephone Number : (O)

(R)

(M)

### (7) E-mail :

Signature of Applicant : \_\_\_\_\_

## GUIDLINE FOR NON REFUNDABLE AMOUNT PAYABLE ALONGWITH THE APPLICATION

Age Years	Admission Fees Rs.	Total payable Amount (Rs.) Including Admission Fee Admm. Fee + AFC + ASC*	Age Years	Admission Fees Rs.	Total payable Amount (Rs.) Including Admission Fee Admm. Fee + AFC + ASC*
25	300	1900	46	4000	5600
26-30	600	2200	47	4200	5800
31-35	1500	3100	48	4400	6000
36-40	2500	4100	49	4600	6200
			50	4800	6400
41	2700	4300	51	12000	13600
42	2900	4500	52	13000	14600
43	3100	4700	53	14000	15600
44	3300	4900	54	15000	16600
45	3500	5100	55	16000	17600

### Note :

(1) The Photo copy of **proof of Birthday testimonials** alongwith fees is to be enclosed.

(2) The age mentioned is **running age. 55 years** means **54 years completed & 55 years running.**

(3) I.M. : Individual Member

(4) \* The Advance **Fraternity Contribution (AFC)** and **Annual Service Charges (ASC)** are as follows.

**Individual Member** : AFC Rs. 1300.00 + ASC Rs. 300.00 = Total Rs. 1600.00

Total payable non-refundable amount is arrived at by summation of AFC + ASC + One time admission fee.

**(Please pay your calls in the month of April & October every year)**

**(All the Payments shall be made by Cheque / D.D. / NACH / ECS only)**

- Signature(s) of Nominee(s) on your payment voucher shall be the proof of your having fulfilled the obligation of disbursement of benefits to my family and to receive benefits under the Scheme on behalf of my family. I nominate and authorise, (i) (ii) Nominee(s)

**Principal Nominee**

(i) Mr./Mrs.

Address

Birth Date if (Minor)

Name of Guardian (incase of Minor)

Signature of Guardian (incase of Minor)

Tel. Nos. (O)

(R)

**Signature of Principal Nominee**

- Notwithstanding clause XXI of our constitution. I declare and agree that only principal nominee is entitled to claim.
- At the time of raising the fraternity benefit claim, nominee shall produce "Authenticated Death Certificate" along with membership certificate.

Alternate Nominee in case if the Principal Nominee is not alive **OR** Principal Nominee has submitted written "NO OBJECTION AFFIDAVIT" than Alternative Nominee entitled to claim.

**Alternate Nominee**

(ii) Mr./Mrs.

Address

Birth Date if (Minor)

Name of Guardian (incase of Minor)

Signature of Guardian (incase of Minor)

Tel. Nos. (O)

(R)

**Signature of Alternative Nominee**

as a token of consent of Nominee(s), their signature are obtained as above to be treated as specimen signature(s)  
Further, I Confirm that they are empowered to collect the benefits prescribed as under :-

**Signature of Applicant****INTRODUCTION**

I, Shri \_\_\_\_\_ undersigned member  
of GICEA/S.S.SCHEME vide membership No. FLM/PM No. \_\_\_\_\_ S.S.S. No. \_\_\_\_\_ Know and introduce the applicant.

**SIGNATURE**

Checked by

Approved &amp; Signed by

Chairman / Vice-Chairman / Secretary

**RECEIPT NO. :****DATE :****Applicant**

Passport  
Size  
Photograph  
of  
Applicant

MEMBER / APPLICANT

**Nominees**

Passport  
Size  
Photograph  
of  
Principal Nominee

PRINCIPAL

Passport  
Size  
Photograph  
of  
Principal Nominee

ALTERNATIVE