

॥ વ્રજનિવાસ વિનંતી પત્ર : અધિક માસ (વ્રજ) ઉજવણી : મે ૧૩ - જુન ૧૭, ૨૦૧૮ ॥

પોતાની સંભાળ પોતે જાતે ન લઈ શકે એ વ્યક્તિએ આ વિનંતીપત્ર ભરવું નહીં. આ વિનંતીપત્રની બંને સાઈડની બધી માહિતી નહીં ભરી હોય અને જરૂરી બધી સહી નહીં કરી-કરાવી હોય તો એનો અસ્વીકાર કરવામાં આવશે. પૂરા પાંચ સપ્તાહ (મે ૧૩ - જુન ૧૭) માટે રહેનાર વૈષ્ણવને પ્રથમ તક મળશે. આ વૈષ્ણવ શનિવાર મે ૧૨ની સાજે આવી શકાશે. જવાના દિવસે રવિવાર જુલાઈ ૧૭ સવારે ૧૦ વાગે રુમ ખાલી કરી ઓફિસમાં યાવી જમા કરવાની રહેશે. પાંચ સપ્તાહથી ઓછા સમય માટે રહેનાર વૈષ્ણવને રવિવાર બપોરે ત્રણ વાગ્યા પછી રુમ મળશે અને જવાના દિવસે રવિવારે સવારે ૧૦ વાગે રુમ ખાલી કરી ઓફિસમાં યાવી જમા કરવાની રહેશે. વ્યક્તિદીઠ ચાર્જમાં રહેવાની સગવડ (એક રુમમાં ચાર-થી-છ વ્યક્તિ પ્રમાણે) તથા સવારે ચા-કોફી-નાસ્તો, બપોર-જમણ (લંચ), બપોરે ચા-કોફી-નાસ્તો તથા રાત્રી-જમણ (ડીનર)મળશે. પોતાના સ્વાસ્થ્ય અને સામાનની સંપૂર્ણ જવાબદારી વ્યક્તિની પોતાની રહેશે.

આ ચાર્જ અધિક માસ દરમ્યાન વ્રજમાં રહેવા-જમવાની સગવડ માટે છે. (રીઝર્વેશન કેન્સલ ચાર્જ રૂપ ટકા આપવાનો રહેશે)

કોઈપણ એક પસંદ કરશો...

- | | | |
|--------------------------|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | પાંચ સપ્તાહ માટે (મે ૧૩ - જુન ૧૭) | વ્યક્તિ દીઠ \$ ૫૫૧ |
| <input type="checkbox"/> | ચાર સપ્તાહ માટે (રવિવાર બપોર-થી-રવિવાર સવાર) | વ્યક્તિ દીઠ \$ ૪૭૫ |
| <input type="checkbox"/> | ત્રણ સપ્તાહ માટે (રવિવાર બપોર-થી-રવિવાર સવાર) | વ્યક્તિ દીઠ \$ ૩૫૧ |
| <input type="checkbox"/> | બે સપ્તાહ માટે (રવિવાર બપોર-થી-રવિવાર સવાર) | વ્યક્તિ દીઠ \$ ૨૭૫ |
| <input type="checkbox"/> | એક સપ્તાહ માટે (રવિવાર બપોર-થી-રવિવાર સવાર) | વ્યક્તિ દીઠ \$ ૧૭૫ |

ચાર-ત્રણ-બે-એક સપ્તાહ માટે તારીખ જણાવશો
રવિવાર રાત્રી તારીખ _____
થી
રવિવાર સવાર તારીખ _____

Please make check payable to VRAJ & mail to: VRAJ, 51, Manor Road, Schuylkill Haven, PA 17972

નામ _____ ઉંમર _____ જન્મ તારીખ _____

નામ _____ ઉંમર _____ જન્મ તારીખ _____

એડ્રેસ _____

શહેર _____ રાજ્ય _____ ઝીપ _____ સેલ ફોન _____

ઈમેઇલ _____

ઈમરજન્સી સંપર્ક :

નામ _____ સંબંધ _____ સેલ ફોન _____

અમે અમારી પોતાની સંભાળ અને જરૂર પડે અકબીજાની સંભાળ અન્યની મદદ વિના લઈ શકવા શક્તિમાન છીએ.

અમારા કોઈપણ પ્રકારના અકસ્માત-ઈજા માટે અમે વ્રજ-વ્રજ સંચાલકો-સ્વયંસેવકોને જવાબદાર ઠેરવીશું નહીં.

અમે અમારી બધી દવા સમયસર લેવા શક્તિમાન છીએ.

અમે અમારી બધી દવાનો જરૂરી સ્ટોક સાથે લઈને જ આવીશું.

અમને જાણ છે કે વ્રજહવેલીમાં કોઈ ડોક્ટર કે અન્ય મેડીકલ વ્યક્તિની સગવડ નથી.

અમારે નીચે મુજબના જમવાના નિયંત્રણ છે.... (વધુ વિગત માટે બીજો કાગળ વાપરી શકો છો)

પૂરી માહિતી અને જરૂરી રકમ સાથે આ વિનંતીપત્ર વ્રજમાં એપ્રિલ ૧૫, ૨૦૧૮ પહેલા પહોંચે એ જરૂરી છે.

વ્યક્તિ-૧ _____

વ્યક્તિ-૨ _____

સહી (વ્યક્તિ-૧) _____ સહી (વ્યક્તિ-૨) _____

વ્રજ ઓફિસ માટે : ચાર્જ કાર્ડ - કેશ - ચેક નંબર _____ પાવતી નં. _____ તારીખ _____

સાઈડ-૨ →

પોતાની સંભાળ પોતે ન લઈ શકે એવા અથવા ગંભીર રોગગ્રસ્ત રહેતા વ્યક્તિની સંભાળ-સારવાર માટે વ્રજ સુસજ્જ ન હોવાથી અધિક-માસ દરમ્યાન વ્રજમાં રહેનાર દરેક વ્યક્તિએ પોતાના પુખ્ત વયના સંતાન તથા પોતાના ડોક્ટર પાસે નીચે જણાવ્યા મુજબના સર્ટીફિકેટ સહી કરાવીને મોકલવા જરૂરી છે.

-- વ્રજ ટ્રસ્ટીમંડળ તથા વ્રજ કાર્યવાહક સમિતિ --

CONSENT BY ADULT SON OR DAUGHTER

I _____ the undersigned, give consent to my

parent/parents to stay at Vraj during Adhik-Maas-2018 for the period indicated on registration form.

I understand that this gathering is very informal family type of gathering, and that the institution does not assume any legal responsibility of any of the attendees. I hereby release PMVS (VRAJ) and its associates, workers and volunteers of any liability arising from any accidents or injuries that may occur to my parent/parents while staying and/or volunteering at Vraj. I grant permission to give all necessary treatment or urgent care to my parent/parents, in case he/she/they are incapable of making decision and/or I am unreachable to make any such decision. I understand that Vraj is not liable for payment of any medical and/or any other expenses.

I understand that Vraj facility is located in rural are of Wayne Township, PA. In case of emergency it may take up to 45 minutes to reach to Hospital after calling 911. Even though Vaishnavs with severe food allergies may be trained to administer Epipen, may not reach Hospital in less than 45 minutes. I understand that Vraj volunteers are not liable if they are not able to provide adequate life saving First-aid service while waiting for 911 to respond. I understand that medically trained person is not available at Vraj.

Signature _____ Date _____

ADDRESS _____ CITY _____ ST _____ ZIP _____

CERTIFICATION BY A PHYSICIAN

PERSON - 1 : NAME _____ DOB _____

Medication: _____

Restrictions: _____

I certify that he/she is medically stable, self-dependent and capable of taking care of him/herself.

PERSON - 2 : NAME _____ DOB _____

Medication: _____

Restrictions: _____

I certify that he/she is medically stable, self-dependent and capable of taking care of him/herself.

Physician Name _____ Signature _____ Date _____

Emergency Contact Number _____

Office Stamp

(Please attach additional pages if necessary)