



# શ્રી જે. બી. શાહ તબીબી સહાય સોસાયટી, મોડાસા

સ્વ. પાર્વતીબેન રાયચંદદાસ ખાતુદાસ શાહ ભવન  
૨૮/૨૯, ખડાયતા છાત્રાલય, કોટીચર્ક હોલ પાસે, મોડાસા, જી. અરવલ્લી ફોન : ૨૪૩૮૩૬

પત્રકમાં ક્રમ નં. \_\_\_\_\_

પ્રમુખશ્રી, \_\_\_\_\_ ઉંમર વર્ષ : \_\_\_\_\_  
ફોન નં. \_\_\_\_\_  
દર્દીનું નામ : \_\_\_\_\_ મો. નં. \_\_\_\_\_  
પિતાશ્રીનું પુરૂ નામ : \_\_\_\_\_  
મૂળ વતન : \_\_\_\_\_ વ્યવસાય : \_\_\_\_\_ વાર્ષિક આવક \_\_\_\_\_  
હાલનું સરનામું : \_\_\_\_\_

આપણી જ્ઞાતિના બહેનો અને બાળકો માટેની ઉપરોક્ત ટ્રસ્ટની તબીબી સહાય યોજનામાં આર્થિક સહાય મેળવવા અરજી કરું છું કે / મારા આશ્રિતને \_\_\_\_\_ (બિમારીનું નામ)

ની બિમારી થયેલ છે. તેમાં થયેલ હોસ્પિટલ તથા દવાના બીલો આ સાથે રજૂ કર્યા છે.

દવાના બીલના રૂ. \_\_\_\_\_ (અલગ કાગળ ઉપર લીસ્ટ રજૂ કરવું.)

લેબોટરી બીલના રૂ. \_\_\_\_\_

ડો.બીલના રૂ. \_\_\_\_\_

હોસ્પિટલના બીલના રૂ. \_\_\_\_\_

કુલ રૂ. \_\_\_\_\_

સદર હું ખર્ચ રાખે મેં કોઈ જગ્યાએથી આર્થિક સહાય મેળવી નથી તેમજ મેળવવાની નથી. આ સાથે અસલ બીલ રજૂ કરેલ છે. ઉપરોક્ત હકિકત ધ્યાનમાં લઈ મને જરૂરી મદદ આપવા વિનંતી છે.

(ભલામણ કરનાર ટ્રસ્ટી સભ્યનું નામ લખી સહી લેવી.)

ઉપરોક્ત જ્ઞાતિબંધુને હું ઓળખું છું અને તેઓની આવક રૂ. ૭૫,૦૦૦/- થી વધુ નથી. તેમના દર્દ અને ખર્ચ અંગેની પુરેપુરી તપાસ કરી છે. તેઓની આ અરજી અંગે યોગ્ય કરવા હું ભલામણ કરું છું.

(૧) સહી \_\_\_\_\_ (૨) \_\_\_\_\_

સરનામું : \_\_\_\_\_ સરનામું : \_\_\_\_\_

## કાર્યાલયના ઉપયોગ માટે

ઉપરની અરજી તા. \_\_\_\_\_ ની મીટીંગમાં રજૂ કરવામાં આવી છે અને તે પેટે રકમ રૂ. \_\_\_\_\_

મંજૂર કરવામાં આવ્યા છે. જે માટે વાઉચર ઉપર સહી મંગાવ્યા પછી રકમ મોકલવી.

તારીખ : \_\_\_\_\_ મંત્રી \_\_\_\_\_ પ્રમુખ \_\_\_\_\_

નોંધ : (૧) અધુરી માહિતી તેમજ ટ્રસ્ટી સભ્યોની સહી વગરનું ફોર્મ સ્વીકારવામાં આવશે નહિ.

(૨) ડો. પ્રિસ્ક્રીશન તથા ડોક્ટરની કાઉન્ટર સહી જરૂરી છે, ફોર્મમાં બિમારીનું નામ અવશ્ય લખવું.

(૩) રૂ. ૫૦૦૦/- થી ઉપરના બીલ માટે મોટી પંચના ડોક્ટરની સહી લેવી.

(૪) સામાન્ય દર્દી માટે સ્પેશ્યલ સારવાર લીધી હશે તો બીલની અરજી ધ્યાનમાં લેવામાં આવશે નહી.

(૫) ઓપરેશન કરાવેલ હોય તો ડોક્ટરનું સર્ટીફિકેટ જરૂરી છે.

બિમારીનું નામ અવશ્ય લખવું

આ રકમ અને વિગત ભરવી

