



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. _____

ઉંમર વર્ષ :

પ્રમુખશ્રી,

ફોન નં. _____

દર્દીનું નામ :

મો. નં. _____

પિતા/પતિ/વાલીશ્રીનું પુરૂ નામ :

મૂળ વતન :

વ્યવસાય :

વાર્ષિક આવક _____

હાલનું સરનામું :

આપણી જ્ઞાતિના બહેનો અને બાળકો માટેની ઉપરોક્ત ટ્રસ્ટની તબીબી સહાય યોજનામાં આર્થિક સહાય મેળવવા અરજી કરૂં છું કે / મારા આશ્રિતને _____ (બિમારીનું નામ ફરજિયાત લખવું.)

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

દવાના બીલના રૂા. _____

(અલગ કાગળ ઉપર લીસ્ટ રજૂ કરવું.)

લેબોટરી બીલના રૂા. _____

ડો.બીલના રૂા. _____

હોસ્પિટલના બીલના રૂા. _____

કુલ રૂા. _____

અરજદારની સહી

સદર હું ખર્ચ સામે 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.

હું ભારત સરકારની યોજના આયુષ્યમાન કાર્ડ ધારક છું / ધારક નથી.

(ભલામણ કરનાર ટ્રસ્ટી સભ્યનું નામ લખી સહી લેવી.)

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

(૧) સહી _____ (૨) _____

સરનામું :

સરનામું :

કાર્યાલયના ઉપયોગ માટે

ઉપરની અરજી તા. _____ ની મીટીંગમાં રજૂ કરવામાં આવી છે અને તે પેટે રકમ રૂા. _____

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) રૂા. 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.
- (૬) કારોબારીના બે સભ્યોની સહી ફરજિયાત છે. જે બે સભ્યોની સહી નહી હોય તો અરજી રદ બાતલ કરવામાં આવશે.
- (૭) અરજી સાથે કેન્સલ ચેકની કોપી અવશ્ય મોકલવી.

