



શ્રી વીસા ઓસવાળ જૈન સમાજ

૨૦૧/બી, પંચમુખી કો.ઓ.હાઉસીંગ સોસાયટી,
પાંચ હાટડી, જુનાથાણા પાસે, નવસારી.

|| તત્કાલ મેડીકલ સારવાર (હોસ્પિટલ-સર્જરી-પેશન્ટ માટે) યોજના ||

પ્રતિ,

મા.પ્રમુખશ્રી/મંત્રીશ્રી

શ્રી વીસા ઓસવાળ જૈન સમાજ-નવસારી

૨૦૧/ બી, પંચમુખી કો.ઓ.હા.સો.લી.

પાંચ હાટડી, મેઈન રોડ, જુનાથાણા,

નવસારી-૩૮૬૪૪૫.

તત્કાલ મેડીકલ સારવાર યોજના અંતર્ગત આર્થિક સહયોગ આપવા વિનંતી.

- (૧) અરજદાર (સમાજના સભ્ય)નું નામ :
- (૨) સરનામું :
- (૩) ફોન / મોબા. નંબર ઈ-મેલ
- (૪) ઉંમર (૫) વિભાગ સમાજના સભ્ય છે? હા/ના.
- (૬) વાર્ષિક આવક રૂ. (૭) કુટુંબના સભ્યોની સંખ્યા.
- (૮) પેશન્ટનું નામ : ઉંમર
- (૯) સંબંધ (૧૦) પેશન્ટ પોતે સમાજના સભ્ય છે? હા/ના જો ના હોય તો
અરજદાર (સમાજના સભ્ય) સાથે જ રહે છે? હા/ના
- (૧૧) બિમારી
- (૧૨) હોસ્પિટલનું નામ અને સરનામું :
.....ફોન
- (૧૩) સારવાર આપનાર ડૉ. (૧૪) દાખલ થયા તા.
- (૧૫) રજા લીધા તા. (૧૬) અંદાજિત ખર્ચ રૂ.....
- (૧૭) મેડીકલેમ વીમા પોલીસી લીધી છે? હા/ના જો હા હોય, તો વિમાની રકમ રૂ.....
- (૧૮) બીજી કોઈ સંસ્થામાંથી સહાય મળી છે? હા/ના

ક્રમ	સહાય કરનાર સંસ્થાનું નામ અને સરનામું	સહાયમાં મળેલ રકમ
૧.		
૨.		

હું પ્રતિજ્ઞા પૂર્વક જણાવું છું કે, આ ફોર્મમાં જણાવેલ તમામ હકિકતો- વિગતો સાચી અને ખરી છે.

સ્થળ :

તારીખ :

(અરજદારની સહી)

બિડાણ : (૧) હોસ્પિટલના સહી-સિકકાવાળુ સર્ટીફિકેટ

(૨) હોસ્પિટલનું ઓરીજનલ/ ઝેરોક્ષ બીલ

(૩) ડીસચાર્જ સર્ટીફિકેટ

(૪) દવાના ઓરીજનલ/ ઝેરોક્ષ બીલ તેમજ પ્રિસ્ક્રીપશન

નોંધ : અરજી કરનાર અરજદાર સમાજનો સભ્ય હોવો જરૂરી છે અને સભ્યએ પોતાના નામે જ અરજી કરવી.