



શ્રી વાગડ વિશા ઓશવાળ ચોવીસી મહાજન ચેરીટેબલ ટ્રસ્ટ

સંચાલિત

શ્રીમતી મણીબેન રમણીકલાલ ઘનજી છાડવા (સામખિયારી) નવજીવન મેડીકલ
શ્રી પરિમલ-11, પ્રિમાઈસીસ-૧૦૩, ૧ લે માળે દફતરી રોડ, મલાડ (પૂર્વ), મુંબઈ - ૪૦૦ ૦૯૭.

ફોર્મ નં. :

મેડીકલ રીલીફ ફંડ ફોર્મ

તારીખ _____

નામ _____ પતિ/પિતાનું નામ _____ દાદાનું નામ _____ અટક _____
નામ _____
સરનામું _____
_____ ગામનું નામ _____

પાસપોર્ટ
સાઈઝ
ફોટો

તડકાલ રાહત _____ રેગ્યુલર રાહત _____

સાથે રહેતા પરિવારના સભ્યોની વિગત

ક્રમ નં.	નામ	M / F	ઉ. વર્ષ	નોકરી / વ્યવસાય	માસિક આવક	સંપર્ક

દંધો-દુકાનનું નામ / નોકરી ની માહિતી _____

સરનામું _____

ફોન નં. _____

April Rs. <input type="text"/> Date <input type="text"/> Chq. No. <input type="text"/>	May Rs. <input type="text"/> Date <input type="text"/> Chq. No. <input type="text"/>	June Rs. <input type="text"/> Date <input type="text"/> Chq. No. <input type="text"/>	July Rs. <input type="text"/> Date <input type="text"/> Chq. No. <input type="text"/>	August Rs. <input type="text"/> Date <input type="text"/> Chq. No. <input type="text"/>	September Rs. <input type="text"/> Date <input type="text"/> Chq. No. <input type="text"/>
-------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------

October Rs. <input type="text"/> Date <input type="text"/> Chq. No. <input type="text"/>	November Rs. <input type="text"/> Date <input type="text"/> Chq. No. <input type="text"/>	December Rs. <input type="text"/> Date <input type="text"/> Chq. No. <input type="text"/>	January Rs. <input type="text"/> Date <input type="text"/> Chq. No. <input type="text"/>	February Rs. <input type="text"/> Date <input type="text"/> Chq. No. <input type="text"/>	March Rs. <input type="text"/> Date <input type="text"/> Chq. No. <input type="text"/>
---------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

બેંકની વિગત

બેંક નું નામ	અકાઉન્ટ નં.	શાખા	IFSC કોડ

મેડીકલેમની વિગત

કંપનીનું નામ	પોલીસી નં.	પ્રિમીયમની રકમ	મેડીકલેમની રકમ

મેડિકલ સહાય માટેની વિગત

રોગ / સારવારનું નામ _____

સારવારનો અંદાજિત ખર્ચ _____

ફેમીલી ડોક્ટરનું નામ _____ ફોન નં. _____

ક્લિનીકનું સરનામું _____

હોસ્પિટલનું નામ _____ ફોન નં. _____

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> વિનંતી પત્ર | <input type="checkbox"/> રેશન કાર્ડ / ઈલેક્ટ્રીક બિલ છેલ્લું | <input type="checkbox"/> બધા ટેસ્ટનાં રિપોર્ટ |
| <input type="checkbox"/> ડોક્ટરનું પ્રિસ્ક્રીપ્શન / દવા | <input type="checkbox"/> સોનો ગ્રાફી રિપોર્ટ | <input type="checkbox"/> બધા ટેસ્ટનાં બિલ |
| <input type="checkbox"/> હોસ્પિટલ બિલની વિગતો | <input type="checkbox"/> અત્યંત ઈમરજંસી ઓપરેશન / દાખલ | <input type="checkbox"/> બેંક પાસબુકની ઝેરોક્ષ |
| <input type="checkbox"/> સી.ટી. સ્કેન / એમ.આર.આય રિપોર્ટ / પેટસ્કેન રિપોર્ટ | | <input type="checkbox"/> ડિસ્ચાર્જ કાર્ડ |

અન્ય સંસ્થામાંથી મેળવેલ રકમ _____ વિમાની રકમ _____

આપના ઓળખીતાનાં નામ	ગામ	મોબાઈલ નં.
૧)		
૨)		

નોંધ : મેડીકલ સહાયની અરજી કરનાર જ્ઞાતિજનોએ ઉપર દર્શાવેલ સંપૂર્ણ વિગતો આપવી જરૂરી છે... અન્યથા ફોર્મ મંજૂર કરવામાં નહિ આવે એની તકેદારી રાખશો.

ઉપર જણાવેલ તમામ વિગતો મારી જાણ મુજબ સાચી છે.

અરજદારની સહી

ઓફિસ કામ માટે

Approved Amount _____ Period of Approved _____

One Time _____ Per Month _____

ફોર્મ મળ્યાની તારીખ : _____

Approved by Medical Committee

Name

Signature

1) _____

2) _____

3) _____