

શ્રી ચારગામ

દશા પોરવાડ મહામંડળ

C/o. ભરત કે. શેઠ, ડી-૩, પુષ્પમ બિલ્ડીંગ, સેન્ટ જીવિયર્સ કોલેજ કોર્નર, નવરંગપુરા, અમદાવાદ -૩૮૦ ૦૦૯.



Shree

Chargam

Dasha Porwad Mahamandal

C/o. Bharat K. Sheth, D-3, Pushpam Building, St. Xavier's College Corner, Navrangpura, Ahmedabad-380 009.

Ph: +91-79-26421313 | (M) +91-9825034767 | E-mail : contact@chargam.org | Website : www.chargam.org

તબીબી સહાય અરજી (Medical Aid Loan/Grant)

ફોર્મ નંબર :- -----

તારીખ :- -----

- (૧) અરજી કરનારનું નામ -----
સરનામું -----
- (૨) દર્દીનું પુરું નામ ----- ઉંમર -----
- (૩) અરજી કરનારનો દર્દી સાથેનો સંબંધ -----
- (૪) ડોક્ટરનું નામ -----
સરનામું -----
- (૫) દર્દીની માહિતી -----
- (૬) સારવાર શરૂ કરી તા. ----- પુરી થયા તા. -----
- (૭) સારવારના સ્થળનું સરનામું -----
- (૮) અરજી સાથે મોકલવાની વિગત
- (અ) ડોક્ટરની સલાહ / નિદાનની નોંધ
- (બ) ડોક્ટરની / હોસ્પિટલના ખર્ચના ઓરીજનલ બીલ /રસીદ
- (ક) સારવાર કયાં વર્ગમાં લીધી : ૧ લા/રજા/અન્ય
- (ડ) દવા ખરીદીના બીલો (દર્દીના નામ સાથે):
- (ઈ) અન્ય ખર્ચ (વિગતો)

	રૂ.	ચૈ.
હોસ્પિટલ ખર્ચ		
દવા વિગેરે ખર્ચ		
અન્ય ખર્ચ		
કુલ ખર્ચ		

(૯) સહાય માટે જોઈતી રકમ રૂા. -----

(૧૦) ઉપરોક્ત તબીબી ખર્ચ પેટે કોઈ વ્યક્તિ, સંસ્થા -----

અગર વિમા કંપની પાસેથી સહાય લીધી હોય તો તે -----

રકમ, તારીખ, નામ, સરનામું વિગેરેની સંપૂર્ણ વિગત -----

ઉપરોક્ત માહિતી સંપૂર્ણપણે સાચી છે. આ માહિતી ખોટી અગર ગેરરસ્તે દોરનારી સાબીત થાય તો ઉપરોક્ત ફોર્મ રદબાતલ થવા પાત્ર ગણાશે, એવી સંપૂર્ણ સમજ સાથે આ ફોર્મ ભર્યું છે.

અરજી કરનારની સહી -----

(૧) જામીનદાર -----

(૨) જામીનદાર -----

નોંધ :- (૧) તબીબી રાહત માટે અરજી સારવાર શરૂ કર્યાના ત્રણ માસની અંદર કરવી આવશ્યક છે.

(૨) ખર્ચની રકમ માટે સંપૂર્ણ વિગતો અલગ દર્શાવવી અને બધી રસીદો ડુપ્લીકેટમાં મોકલવી જરૂરી છે.

(૩) સહાય CDPMM ના સભ્યો માટે છે તથા જામીનદાર પણ CDPMM ના સભ્ય હોવા જરૂરી છે.

(૧) અરજી આવ્યાની તારીખ :- ----- તબીબી કમિટી મળ્યા તા. -----

(૨) તબીબી કમિટીના સુચન :- -----

(૩) તબીબી સહાયની મંજૂર કરેલી રકમની વિગત :- રૂા. -----

(૪) તબીબી સહાયનો ચેક નં. ----- રકમ : -----

બેંકનું નામ ----- તારીખ : -----

સહી : -----