

24/11/19

(નોંધ)  
Log

## શ્રી ચારગામ દશા પોરવાડ મહામંડળ

કાર્યાલય : ૮/૦ શ્રી ભરતભાઈ જયંતિલાલ મહેતા, ૮, નંદિની એપાર્ટમેન્ટ  
ધર્મચુગ સોસાયટી લેન, ગુલબાઈ ટેકરા, અમદાવાદ-૩૮૦૦૦૬.  
ફોન : ૦૭૯-૨૬૪૦૧૪૬૩, મો. ૯૮૨૫૦૬૦૮૦૧

નંબર  
૨૧૨ નામ

ફોર્મ નંબર .....

તબીબી સહાય અરજી (Medical Aid Loan/Grant)

તારીખ.....

(૧) અરજી કરનારનું નામ

સરનામું

(૨) દર્દીનું પૂરું નામ

ઉંમર

(૩) અરજી કરનારનો દર્દી સાથેનો સંબંધ

(૪) ડોક્ટરનું નામ

સરનામું

(૫) દર્દીની માહિતી

(૬) સારવાર શરૂ કરી તા.

પૂરી 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/૨જા/અન્ય

(ડ) દવા ખરીદીના બીલો (દર્દીના નામ સાથે):

(ઈ) અન્ય ખર્ચ (વિગતો)

|                 | રૂ. | પૈ. |
|-----------------|-----|-----|
| હોસ્પિટલ ખર્ચ   |     |     |
| દવા વિગેરે ખર્ચ |     |     |
| અન્ય ખર્ચ       |     |     |
| કુલ ખર્ચ        |     |     |

(૯) સહાય માટે જોઈતી રકમ રૂ.

by  
Shankant Shah  
Bans

- (૧૦) ઉપરોક્ત તબીબી ખર્ચ પેટે કોઈ વ્યક્તિ, સંસ્થા \_\_\_\_\_  
અગર વિમા કંપની પાસેથી સહાય લીધી હોય તો તે \_\_\_\_\_  
રકમ, તારીખ, નામ, સરનામું વગેરેની 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 દુપ્લીકેટમાં 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:- રૂ. \_\_\_\_\_

(૪) તબીબી સહાયનો ચેક નં. \_\_\_\_\_ રકમ : \_\_\_\_\_

બેંકનું નામ \_\_\_\_\_ તારીખ \_\_\_\_\_

સહી: \_\_\_\_\_

ભા.સા.મ.ના કાર્યવાહી

મે.કે.ના સભ્ય (૧)

(૨)