



સેવા... સુરક્ષા... સ્નેહ... સહકાર... સંગઠન... શ્રી દશાશ્રીમાળી બેતાલીસી જૈન સુરક્ષા ટ્રસ્ટ

અમદાવાદ, સુરત, મુંબઈ, થરા (કાંકરેજ)

ટ્રસ્ટ રજી નં.૪૧૧૪, બ.કાં.(ગુ.) તા.૧-૮-૨૦૦૮

કાર્યાલય સરનામું : ૩૪૪, સનગ્રેવીટાસ, જીવરાજ પાર્ક બ્લોક -પારેપ્સ હોસ્પિટલ પાસે, શ્યામલ ચાર રસ્તા, સેટેલાઈટ, અમદાવાદ-૧૫

સંપર્ક સૂત્ર : 91041 01769, 94265 87219

ફોર્મ નં.

તા.

:: મેડીકલ સહાય યોજનાના મુખ્ય લાભાર્થી ::
ગીતાબેન નવિનચંદ્ર કીર્તિલાલ શાહ પરિવાર (થરા)
રાઈબેન કાન્તિલાલ ખોડીદાસ વસાણી પરિવાર (વાલપુરા)

ફોટો અહીં
ચોંટાડવો

મેડીકલ સહાય યોજના માટેનું ફોર્મ

લાભાર્થીનું પુરું નામ :
વાલીનું પુરું નામ :
કાયમી સરનામું :

મોબાઈલ : (ઓ.)(Whatsapp).....(R).....

જન્મ તારીખ : ઉંમર : ધંધો : નોકરી :

વાર્ષિક આવક : ઘરમાં કમાવનાર સભ્યની સંખ્યા :

કુટુંબના કુલ સભ્યો : મકાન માલિકીનું કે ભાડાનું :

મેડીકલેઈમ છે ? કંપનીનું નામ : રકમ :

અન્ય સંસ્થાની મેડીકલ સહાય લીધી છે?

આપશ્રીને લાંબી ઊંચાઈ હોય તો તેની વિગત

કઈ હોસ્પિટલમાં દાખલ થયેલ છે ?

અંદાજિત ખર્ચ દવાઓ / ઓપરેશન

નમ્ર સુચના :

(૧) રહેઠાણનો પુરાવો (૨) આધારકાર્ડની ઝેરોક્ષ (૩) દવાના ખર્ચના તમામ બીલો તથા રીસીપ્ટ (ઓરીજનલ) સાથે મોકલવાનું રહેશે.

(ઉપરોક્ત તમામ વિગત સાચી છે જેની ખાત્રી આપું છું.)

વાલી/પિતાની સહી _____ મેડીકલ સહાય લેનારની સહી _____ નામ: _____

ઓફિસ ઉપયોગ માટે

ઉપરોક્ત નામ મુજબ સંસ્થા આપને રૂા.....ની રકમ મંજૂર /નામંજૂર કરવામાં આવે છે.

બેંકનું નામ શાખા ચેક નં.....

મેડીકલ સહાય યોજનાના દાતાશ્રીની સહી (૧) નામ

(૨) નામ

જૈન સુરક્ષા ટ્રસ્ટના ટ્રસ્ટીઓની સહી (૧) નામ

(૨) નામ

શ્રી દશાશ્રીમાળી બેતાલીસ જૈન સુરક્ષા ટ્રસ્ટ સંચાલિત મેડીકલ સહાય યોજના કોઈપણ નિર્ણયનો અબાધિત અધિકાર જૈન સુરક્ષા ટ્રસ્ટને રહેશે.