



શ્રી પાટણ જૈન મંડળ

૭૭, પાટણ જૈન મંડળ માર્ગ, મશીન ડ્રાઈવ, મુંબઈ-૪૦૦૦૨૦.

☎ ૨૨૮૧૧૩૪૬ • ૨૨૮૧૧૨૧૮ • મો.: ૦૮૭૭૯૧૬૧૨૦૯

e.mail : patanmandal@gmail.com www.patanmandal.org

Latest
Photograph

બોમ્બે પબ્લીક ટ્રસ્ટ એક્ટ ૧૯૫૦ મુજબ રજીસ્ટર્ડ નં. એ-૭૩૮ (મુંબઈ) એ-૭૯૧ (પાટણ) • સોસાયટીઝ રજીસ્ટ્રેશન એક્ટ ૧૯૬૦ મુજબ રજીસ્ટર્ડ નં. ૬૯૦

મેડીસીન-દવા સહાયનું અરજીપત્રક 2024-2025

(સમાજના આર્થિક જરૂરિયાતવાળા કુટુંબો માટે)

પ્રેરક દાતા : શ્રી પ્રવીણચંદ્ર કેશરીચંદ શાહ (ઢંઢેરવાડો) પરિવાર મેડીસીન દવા સહાય નિધિ

અરજદારે ફોર્મની સંપૂર્ણ વિગતો ભરવી જરૂરી છે.

(જે પુક મોકલેલ હોય ત્યા ✓ કરવું)

Latest Last 3 Month's Light Bill - છેલ્લા ત્રણ મહિનાના લઈટ બિલ

Proof of Family Income ie. ITR Salary Certificate, etc. આવકનું પ્રમાણપત્ર ઈન્કમ ટેક્સ રિટર્નની કોપી પગારનો દાખલો

Proof of identity: Aadhar Card (આધાર કાર્ડ) • Bank Details: કેન્સલ કરેલ ચેકની ઝેરોક્ષ

Details of the Add proof: વિધવા સહાય, કુંવારા કે છૂટાછેડા મેળવેલ હોય અને સહાય મેળવતા હોય તો જેની સાથે રહે છે તેની વિગત અને સરનામાનું પુક

Original Medical Bill, Xerox Copy of Medical Report, Dr Original Prescription with Discount

પ્રતિ, માનદમંત્રીશ્રી, મેડિકલ સમિતિ

હું નીચેની વિગત સાથે દવા સહાય માટે અરજી કરું છું, અરજીમાં જણાવેલી

વિગતો મેં સાચી અને સમજણપૂર્વક લખેલ છે.

ફેમિલી આઈ.ડી.નં.:

મેડિકલ બિલોમાં ડિસ્કાઉન્ટ લેવું જરૂરી છે.

દર છ માસે નવું પ્રિસ્ક્રિપ્શન આપવાનું રહેશે

અરજદારનું પુરું નામ:	ઉંમર:
દર્દીનું પુરું નામ:	મૂળ વતન:
રહેઠાણનું પુરું સરનામું :	મહોલ્લો:
	મોબાઈલ:
	ફોન ઘર:
E-mail :	માસિક આવક:

અરજદાર કે દર્દી મહિલા પાટણ જૈન સિવાય જૈન કે જૈનેતર સમાજમાં પરણી હોય તો વતન: જ્ઞાતિ:

પતિનું પુરું નામ:

સરનામું

અરજદાર અને સાથે રહેતી વ્યક્તિઓની વિગત ઘરના કૂલ સભ્યો : પરિવારના કમાતા સભ્યો :

ક્રમ	પુરું નામ	સંબંધ	ઉંમર	હાલની પ્રવૃત્તિ	માસિક આવક
૧		અરજદાર			
૨					
૩					
૪					
૫					

માંદગીની વિગત: માંદગી કેટલા સમયથી? દવાનો કુલ ખર્ચ:

સારવાર લેનારની મેડિકલેઈમ પોલીસી છે? હા / ના પોલીસી ન લીધેલ હોય તો કારણ જણાવો

ફેમિલી ડોક્ટરનું નામ : મોબાઈલ નં :

મંડળમાંથી ગયા વર્ષે દવા સહાય લીધેલ છે? હા / ના કેટલી?

સમાજનાં પરિચિત ગૃહસ્થનું પુરું નામ રહેઠાણ અને મહલ્લો ઘર ફોન:

મોબાઈલ:

