

ખીમજી ભગવાનદાસ ચેરીટી ટ્રસ્ટ - મુંબઈ



ઘોઘારી લોહાણા મહાજનવાડી, પાલીરામ રોડ, મ્યુનીસીપલ ઓફીસની પાછળ,
અંધેરી (વેસ્ટ), મુંબઈ - ૪૦૦ ૦૫૮. C/o : ૨૬૨૮ ૩૭૧૫
ઓફિસ એડ્રેસ : ૨૬૫૧ શી મેન્શન, બ્લોક નં. ૨૦, ૨૬૫૧ શી કંપાઉન્ડ, ૧૧/૧૨,
સેનાપતી બાપટ માર્ગ, લોઅર પરેલ (પશ્ચિમ), મુંબઈ - ૪૦૦ ૦૧૩. ટેલીફોન : ૨૪૯૮ ૨૬૬૪
Website : khimjibhagwancharitytrust.org
E - Mail :

ઘોઘારી લોહાણા સભ્યશ્રી માટે તબીબી સહાયનું આવેદન પત્ર

ઘો. લો. મહાજનશ્રીનો સભ્ય નં. _____ તારીખ : _____ ફોર્મ નં. : **091**

(૧) દર્દીનું પુરું નામ (અટક સાથે) : _____
વય : _____

રહેઠાણનું સરનામું : _____
ફોન નંબર : _____

બીમારીનો પ્રકાર : _____

(૨) પ્રાથમિક સારવાર આપનાર ડોક્ટરનું નામ તથા સરનામું :

નામ : _____

સરનામું : _____

(ડોક્ટરે આપેલા નિદાન પત્રો અને સારવાર અંગેના કાગળોની નકલો સાથે જોડવી.)

(૩) દર્દના નિષ્ણાત તબીબ પાસે નિદાન કરાવ્યું હોય તેવા તબીબનું નામ અને સરનામું :

નામ : _____

સરનામું : _____

(સંબંધિત નિદાન પત્રોની નકલો સાથે જોડવી.)

(૪) દર્દીના સંબંધી કે જે સારવારમાં સહાય હોય તે વ્યક્તિનું નામ તથા સરનામું :

નામ : _____ ટેલીફોન નં. : _____

સરનામું : _____

(૫) બહારગામથી સારવાર માટે આવેલા દર્દીનું મુંબઈનું સરનામું :

નામ : _____ ટેલીફોન નં. : _____

સરનામું : _____

(૬) તબીબોના અભિપ્રાય મુજબ સારવાર પાછળ થનારા ખર્ચનો અંદાજ રૂ. _____ /- (દાખલા સાથે)

(૭) દર્દીને દાખલ કરાયેલ હોસ્પિટલનું નામ : _____

સરનામું : _____

વોર્ડ નં. : _____ પ્રકાર : _____ ખાટલા નં. : _____

(૮) ચેકની રકમ રૂ. _____ હોસ્પિટલની પહોંચ નં. : _____

દર્દીની આર્થિક અને કૌટુંબિક માહિતી

દર્દીના કુટુંબની વ્યક્તિઓની સંખ્યા : _____

કુટુંબમાં કમાનાર વ્યક્તિઓની સંખ્યા : _____

દર્દીનો પોતાનો વ્યવસાય : _____

કુટુંબની કુલ વાર્ષિક આવક રૂ. _____ (દાખલા સાથે)

સમગ્ર સારવાર માટે દર્દીની પોતાની / કુટુંબની / અન્ય ટ્રસ્ટ તરફથી મળેલી સહાય (નામ - વિગત સાથે)

_____ રૂ. _____

ટ્રસ્ટ તરફથી અગાઉ સહાય મળેલ હોય તો તેની વિગત : _____

દર્દીના કુટુંબથી પરિચિત સદગૃહસ્થનું નામ : _____

સહી : _____ ટેલીફોન નં. : _____

સરનામું : _____

દર્દીની સહી / સંબંધિતની સહી : _____

તા. : _____

ઓફિસના ઉપયોગ માટે

ટ્રસ્ટની કચેરીએ ફોર્મ મળ્યાની તારીખ : _____

તબીબી પેનલના ડોક્ટર _____ ના અભિપ્રાય માટે મોકલ્યાની તારીખ _____

પેનલના ડોક્ટરના અભિપ્રાય અને સુચનો :

તારીખ : _____

ટ્રસ્ટી પરત્વે ભલામણ : _____

સહી : _____

સહી : _____

ટ્રસ્ટીઓએ મંજૂર કરેલ રૂ. : _____

ચુકવણી / પહોંચની વિગત : _____

ફોર્મ સાથે આપવાની માહિતી :

- (૧) ઘોઘારી લોહાણા મહાજનશ્રીનો સભ્ય નંબર અથવા સ્થાનિક મહાજનશ્રીનું પ્રમાણપત્ર.
- (૨) પેનલ ડોક્ટરનું સર્ટીફિકેટ.
- (૩) હોસ્પિટલના બીલો.

નોંધ : - સહાયની રકમ હોસ્પિટલના નામે સારવાર દરમ્યાન ચેક / ડ્રાફ્ટથી આપવામાં આવશે.