

# શ્રી શુકલેશ્વર મહાદેવ મંડળ, અનાવલ

મુ.પો. અનાવલ, તા. મહુવા, જિ. સુરત - ૩૯૬ ૫૧૦.

ફોન: (૦૨૬૨૫) ૨૫૨૨૪૦

- સ્વ. સુમિત્રાબેન મનુભાઈ દેસાઈ (ચણવઈ, વલસાડ) તબીબી સહાયનિધિ
- ગં.સ્વ. શારદાબેન ઉર્ફે લલિતાબેન ખંડુભાઈ કલ્યાણજી દેસાઈ-ખારા અબ્રામા, શિશુ તબીબી સહાયનિધિ
- શ્રી રસિકલાલ મગનલાલ દેસાઈ - કતારગામ અર્પિત બપ્પઈબા સદ્ગત જમનાબેન નિછાભાઈ દેસાઈ, મહિલા તબીબી સહાયનિધિ

અનાવલ જ્ઞાતિના જરૂરત મંદોએ તબીબી આર્થિક સહાય મેળવવાનું અરજીપત્રક

પ્રતિ,  
પ્રમુખશ્રી/મંત્રીશ્રી,  
શ્રી શુકલેશ્વર મહાદેવ મંડળ, અનાવલ.

અનુક્રમ નં.

અરજી નં.

સવિનય અમારી આર્થિક સ્થિતિ નબળી હોવાથી મને આ સંસ્થામાંથી તબીબી સારવાર અંગે આર્થિક સહાય મળે એ માટે આપને વિનંતી કરું છું. મારી માંદગી અને ખર્ચા અંગેની સંપૂર્ણ વિગતો નીચે મુજબ છે.

(૧) દર્દીનું પુરૂ નામ: \_\_\_\_\_ ઉંમર : \_\_\_\_\_

(૨) પુરૂ સરનામું : \_\_\_\_\_ ફોન નં.: \_\_\_\_\_

(૩) ફોન નંબર : \_\_\_\_\_ બેંકનું નામ : \_\_\_\_\_ ખાતા નંબર : \_\_\_\_\_

(૪) મૂળ વતન: \_\_\_\_\_ અભ્યાસ : \_\_\_\_\_

(૫) વ્યવસાયની વિગત: (નોકરી/ધંધો/ખેતી વિ.) \_\_\_\_\_

(૬) વાર્ષિક આવક: \_\_\_\_\_

(૭) કુટુંબના અન્ય સભ્યો: \_\_\_\_\_

(૮) કુટુંબની વાર્ષિક આવક: \_\_\_\_\_

(૯) સંતાનોની વિગતવાર માહિતી: \_\_\_\_\_

(૧૦) માંદગીનો પ્રકાર : (વિગતવાર) \_\_\_\_\_

(૧૧) શરૂઆતથી આજ સુધીની સારવારની વિગતો, ડોક્ટર, હોસ્પિટલના નામ સરનામા સાથે: \_\_\_\_\_

(૧૨) સારવાર અંગેના આજ સુધી થયેલ ખર્ચની વિગતો: \_\_\_\_\_

(૧૩) હવે પછીનો અંદાજીત ખર્ચ: \_\_\_\_\_

(૧૪) તબીબી સારવાર અંગે અન્ય સંસ્થા અને વ્યક્તિઓ પાસેથી મળેલ મદદની વિગત  
(નામ, સરનામા, અને મદદની રકમ વિ.) \_\_\_\_\_

અરજદારની સહી

(પાછળ જુઓ)