

સુરતની પારસી પંચાયતના ધર્મખાતાઓના ફંડ તથા મિલકતોનું ખાતું

ટે.નં. : ૨૪૩૨૯૭૮ / ૨૪૨૩૨૨૧

શેઠ રુસ્તમજી મંચેરજી કુકા પારસી પંચાયત બિલ્ડીંગ્સ,

E-mail : office@suratparsipanchayat.com

ડૉ. જમશેદજી લશ્કરી માર્ગ,

E-mail : sppanchayat@gmail.com

શાહપોર, સુરત – ૩૯૫૦૦૩

અગત્યની સુચના :

જત આપની માંદગી મદદ સબબ મળેલ અરજીના અનુસંધાનમાં જણાવવાનું કે આપે

૧. અરજી જોડે મોકલેલા ઝેરોક્ષ બીલો / પ્રિસ્ક્રીપ્શન આ ફોર્મ સાથે પરત મોકલ્યા છે જેના પર ડોક્ટર યા હોસ્પિટલના સહી સિક્કા કરાવી અને ફોર્મમાં માંગ્યા પ્રમાણે બધી જ વિગતો ભરી, એ સાથે માંગેલા પુરાવા સાથે મોકલેલ ફોર્મ પુરૂ ભરીને મોકલવાનું રહેશે.
૨. મેડીકલેમ કે બીજે તરફથી મળેલ મદદ તથા આવકનો પુરાવો અચૂક રજૂ કરવા.
૩. મેડીકલ મદદ મેળવવા માટે સારવારના બીલો અરજી કર્યાના પહેલાના ત્રણ (૩) મહીનાના જ હોવા જરૂરી છે. તેન આગળના જુના બીલો સ્વીકાર્ય ગણાશે નહીં.
૪. અધુરી વિગતો અને અધુરા પુરાવાને લીધે અરજી માન્ય ગણાશે નહીં.

તબીબી સારવારની મદદ માટેના અરજી ફોર્મ બાબતે સુચના

૧. આ સાથેનું તબીબી સારવાર બાબતે મદદ માગતી અરજીનું ફોર્મ એની સાથેની વિગતો સંપૂર્ણ ભરી સુરત પારસી પંચાયત ફંડસ એન્ડ પ્રોપર્ટીઝ ટ્રસ્ટના સેક્રેટરીને ઉપરોક્ત સરનામે મોકલવાનું રહેશે. અધૂરું કે અપુરતી વિગતોવાળું ફોર્મ રદ થવાને પાત્ર છે.
૨. અરજીમાં આપેલ વિગતો સંપૂર્ણ સાચી હોવી જોઈએ. ખોટી માહિતી કે ખોટી રજૂઆત જો કરવામાં આવી હશે તો આ અરજી રદ થવાને પાત્ર છે.
૩. અરજી સંદર્ભમાં અરજદારે કાંઈ વધુ માહિતી આપવાની થાય તો તે જુદા પત્ર પર નોંધી જણાવી શકાશે.
૪. માંદગીનો પ્રકાર શું છે તે બાબતનું સારવાર કરનાર દાકતરનું પ્રમાણપત્ર તથા દવાના મુળ બીલો, કેશ મેમો (અથવા તો જે તે સંસ્થા/હોસ્પિટલમાં થી પ્રમાણિત કરેલ વિગતો) ઈત્યાદી અરજી સાથે જોડવાના રહેશે. એના સિવાય અરજી વિચારણામાં લેવામાં આવશે નહીં.

અરજી સાથે નીચેની વિગતો પણ આપવાની રહેશે:

- અ. અરજદારની સ્થાવર મિલકતની વિગત
- બ. રેશન કાર્ડની ઝેરોક્ષ નકલ
- ક. બેન્ક પાસબુકની ઝેરોક્ષ નકલ (છેલ્લા છ મહીનાની માહિતી સાથે)
- ડ. ટેલીફોન બીલ અથવા લાઈટ બીલ
૫. અરજદાર સિવાય અન્ય કોઈ મદદ માટેનો ચેક લેવા આવે તો તેમણે અરજદારનો "ઓથોરીટી લેટર" લાવવાનો રહેશે.

THE SURAT PARSI PANCHAYAT FUNDS & PROPERTIES TRUST

Dr. Jamshedji Laskari Road,
Shahpore, Surat: 395003

તબીબી સારવાર માટે મદદ માટેનું અરજી ફોર્મ

ફોટો
અહીં ચોટાડવો

૧. પુરૂ નામ: શ્રી/શ્રીમતિ/કુ.
૨. ઉમર:: _____ ફોન નંબર:: _____
૩. કાયમી સરનામું:: _____

૪. અરજદાર સાથે રહેતા સભ્યોની વિગતો:

નામ	અરજદાર સાથેનો સંબંધ	ઉમર	ધંધો/વ્યવસાય	માસિક આવક (અસલ પુરાવો રજૂ કરવો)

૫. કુટુંબની કુલ આવક:
૬. કુટુંબના સભ્યોની સંખ્યા:
૭. માસિક ઘર ભાડુ :
૮. તબીબી સારવાર બાબતે થયેલ ખર્ચની વિગત :
૯. ભુતકાળમાં અરજદારે આ ટ્રસ્ટ પાસેથી મદદ મેળવી છે?
જો મેળવી હોય તો તે મળ્યાની રકમ તથા ક્યારે મળી તે
માસ અને વર્ષની સંપૂર્ણ વિગતો દર્શાવવી.
૧૦. અન્ય કોઈ ટ્રસ્ટ કે દાતા દ્વારા જો મદદ મળી હોય તો તેની વિગતો નીચે આપેલ પત્રકમાં દર્શાવવી:

દાન આપનાર ટ્રસ્ટ કે દાતાનું નામ અને તેમનું સરનામું.	મળેલ રકમ કે મળનાર રકમ બાબતે મળેલ વચન	અન્ય વિગતો હોય તો

૧૧. અરજદાર દ્વારા કે એમના માતાપિતા/સગાવહાલા કે પાલક
તરફથી સારવાર માટે થયેલ કુલ ખર્ચ તરફ મળેલ/મળનાર કુલ રકમ: રૂ.
૧૨. આ ટ્રસ્ટ પાસે માંગેલ રકમ: રૂ.
૧૩. અરજદાર/ આશ્રિત શાથી પીડાય છે તે
માંદગીનો પ્રકાર :
૧૪. માંદગીનો સમય ગાળો:
૧૫. માંદગી બાબતમાં અન્ય વિગતો:
.....
૧૬. મેડીકલેમ છે ? જો હોય તો તેની વિગતો રજૂ કરવી
૧૭. જ્યાં સારવાર લીધી છે તે સંસ્થા / હોસ્પિટલ નું
નામ અને સરનામું:
૧૮. મદદ માટે સદગૃહસ્થની ભલામણ :

- ૧.(અ) સહી.....
(બ) પૂરું નામ:.....
(ક) સરનામું.....
.....
(ડ) વ્યવસાય/ધંધો:.....
(ઈ) ફોન નં./.....

સ્થળ:

અરજદારની સહી

FOR OFFICE USE ONLY

Amount Sanctioned:_____

Paid vide cheque No. _____ Date of Cheque:_____

Drawn on _____(Bank)

IT IS COMPULSORY TO FILL UP THIS FORM				
PATIENT NAME :-				
SR.NO.	BILL DETAILS	BILL NO.	BILL DT.	RS.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
TOTAL RS. IN WORDS				