



શ્રી નવગામ વિસાનાગર વણિક સમાજ

મુંબઈ : ૬/૮, અનંતવાડી, નાગર નિવાસ, ભુલેશ્વર, મુંબઈ - ૪૦૦ ૦૦૨. ફોન : ૨૨૦૬ ૩૮૦૨

કાંદિવલી : સી-૩૦૧, ગોકુલ હાઈટસ, મથુરાદાસ રોડ, કાંદિવલી (વે.), મુંબઈ - ૪૦૦ ૦૬૭. ફોન : ૨૮૦૮ ૪૦૨૫

વિરાર : વિહલ નગર, ૧ માળે, રામમંદિર રોડ, જુની મહાવીર નર્સિંગ હોમની બાજુમાં, વિરાર (વેસ્ટ), ૪૦૧ ૩૦૩. ફોન : ૯૮૩૪૦ ૦૧૫૩૭

E-mail : snvsamaj@gmail.com | Website : www.snvsamaj.in | Mobile App : "SNV Samaj"

હોસ્પિટલાઈઝેશન યોજના

આ ફોર્મ ભરતાં પહેલા લખેલા નિયમો વાંચી ને તે પ્રમાણે અરજી કરવી.

અરજી પત્રક નં. _____ વસ્તી પત્રક ક્રમાંક. _____ તા. _____

ગામનું નામ _____ ટેલિ./મો. : _____

અરજી પત્રક : મુંબઈ કાંદિવલી વિરાર પુના અન્ય

હોસ્પિટલાઈઝેશન યોજના અરજી

અમો, શ્રી નવગામ વિસાનાગર વણિક સમાજના સામાન્ય આજીવન સભાસદ છીએ/નથી.

દર્દીનું નામ : _____ જન્મ તારીખ / ઉંમર _____

કુટુંબના વડાનું નામ : _____

ઘરનું સરનામું : _____

ધંધા / નોકરી / રીટાયર/ અન્ય _____

મુખ્ય વ્યક્તિ સાથે સંબંધ : _____

કુટુંબના સભ્યોની સંખ્યા : _____ કમાવનાર વ્યક્તિની સંખ્યા : _____ કુટુંબની માસિક આવક : _____

હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાનું કારણ : _____

હોસ્પિટલનું નામ : _____

હોસ્પિટલનું સરનામું : _____

દાખલ થયાની તા. : _____ રજા મળ્યાની તા. : _____

કયા વોર્ડમાં સારવાર લીધ : _____ (ઓરીજનલ ડીસચાર્જ કાર્ડ મોકલવાનું જરૂરી છે.)

મેડીકલેમ છે / નથી _____ છે તો કેટલો : _____ (પોલીસીની ઝેરોક્ષ કોપી મોકલવી જરૂરી છે.)

અન્ય કોઈ જગ્યાએથી સહાય મળેલ છે / મળવાની છે ?

છે તો ક્યાંથી _____ અને કેટલી _____

અરજી મંજૂર થયા પછી ચેક કોના નામે જોઈએ છે.

અરજી કરનારની સહી : _____ ફોર્મ સ્વીકારનારની સહી : _____

તા. _____ તા. _____

ઓફીસ ઉપયોગ માટે

માંગણી કરેલ રકમ _____ પાસ કરેલ રકમ _____

અન્ય સહા કે મેડીકલેમ _____ ચકાસણી કરનારની સહી _____

નોંધ _____ અરજીપાસ કર્યાની તારીખ _____

આ અરજીના કુલ રૂા. _____ ની સહાય ટ્રસ્ટમાંથી આપેલ છે.

સંચાલકની સહી _____

