

# કાંડાંગરા માનવ કલ્યાણ કેન્દ્ર.

(પ્રેક્ષક : શ્રી લાલજી ચન્નાભાઈ છેડા)

C/O ૧૦૧, સોરાલ હાઉસ, ૧લે માળે, પપ્પ સેનાપતી બાપટ માર્ગ, દાદર (પશ્ચિમ), મુંબઈ- ૪૦૦ ૦૨૮.

અરજી પત્રક

તા.

૧) નામ : \_\_\_\_\_  
નામ પિતા/પતિનું નામ (દાદા/સસરા) અટક

૨) ઉંમર : \_\_\_\_\_

૩) સરનામું : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ કોન નં. : \_\_\_\_\_

૪) નોકરી/દંધાનું સરનામું : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ કોન નં. : \_\_\_\_\_

અરજી કરનારની માસિક આવક રૂ. \_\_\_\_\_ દુરુબની માસિક આવક રૂ. \_\_\_\_\_

૫) લાભાર્થી વતી અરજી કરનારનું નામ : \_\_\_\_\_  
પુરૂસરનામું : \_\_\_\_\_ કોન નં. : \_\_\_\_\_  
લાભાર્થી સાથેનો સંબંધ : \_\_\_\_\_

૬) જરૂરીયાતની વિગત : \_\_\_\_\_

૭) જરૂરીયાતની રકમ : \_\_\_\_\_

૮) દર્દીના રોગની વિગત : \_\_\_\_\_

૯) સારવાર આપતા ડોક્ટર/ \_\_\_\_\_  
હોસ્પિટલનું નામ/ સરનામું \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ વર્ગ \_\_\_\_\_ કોન નં. : \_\_\_\_\_

૧૦) ઓળખતી પ્રતિષ્ઠિત વ્યક્તિનું નામ : \_\_\_\_\_ કોન નં. : \_\_\_\_\_  
અરજી કરનારની સહી \_\_\_\_\_

## કાર્યાલયના વપરાશ માટે

અરજી પત્રક નંબર : \_\_\_\_\_

અરજીપત્રક મળ્યાની તારીખ : \_\_\_\_\_

મેડીકલ/સહાયતા સમિતિ કન્વીનરની નોંધ : \_\_\_\_\_

મંજુર થયેલ રકમ : \_\_\_\_\_

મેડીકલ /સહાયતા સમિતિ કન્વીનરની સહી. : \_\_\_\_\_