



ટ્રસ્ટ રજી. નં.: ૧૧૦૫ A(મહારાષ્ટ્ર)  
ટ્રસ્ટ રજી. નં.: ૧૮૮૬ A(ગુજરાત)

## શ્રી અમિલ હિન્દ શ્રીમાળી સોની મહામંડળ (રજીસ્ટર્ડ ઓફિસ)

શ્રીમાળી સોની છાત્રાલય, સેન્ટ ઝેવિયર્સ કોલેજ કોર્નર પાસે, બેંક ઓફ બરોડા સામે,  
નવરંગપુરા, અમદાવાદ - ૩૮૦ ૦૦૯. ફોન નં. : ૨૬૪૦ ૩૨૮૭, ૨૬૪૦ ૧૫૦૪  
સંચાલિત



### અ.નિ. ચંદુલાલ ઓધવજીભાઈ સોની કેન્સર રાહત રીઝર્વ ફંડ શ્રીમાળી સોની જ્ઞાતિજનને કેન્સરના રોગમાં તબીબી રાહત મેળવવા માટેનું ફોર્મ

પ્રમુખ શ્રી,

હું નીચે સહી કરનાર ઉપરોક્ત ફંડ અન્વયે મારા સ્વજન \_\_\_\_\_

જેમનું નામ \_\_\_\_\_ છે. તેમની કેન્સરની માંદગી સહબની તબીબી રાહત મેળવવા હું ઈચ્છું છું. આ બાબતમાં મેં આપે નીચે જણાવેલ વિગતો સાચી છે, તે સોગંધપૂર્વક જણાવું છું.

૧. અરજદારનું પુરૂ નામ : \_\_\_\_\_ ઉંમર \_\_\_\_\_  
૨. અરજદારનું પુરૂ સરનામું : \_\_\_\_\_

ફોન. નં. : ઘર : \_\_\_\_\_ ઓફિસ : \_\_\_\_\_ મોબાઈલ \_\_\_\_\_

૩. દર્દીનું પુરૂ નામ : \_\_\_\_\_

૪. દર્દીનું પુરૂ સરનામું : \_\_\_\_\_

ફોન નં. : ઘર : \_\_\_\_\_ ઓફિસ : \_\_\_\_\_ મોબાઈલ \_\_\_\_\_

૫. દર્દીના રોગની વિગત : \_\_\_\_\_

૬. સારવારનો અંદાજીત ખર્ચની વિગત રૂ. \_\_\_\_\_

૭. દર્દીના કુટુંબના સભ્યોની વિગત :

નં.	નામ	ઉંમર	દર્દી સાથેનો સંબંધ	વાર્ષિક આવક
૧				
૨				
૩				
૪				
૫				
૬				

અરજદારની સહી \_\_\_\_\_

૮. મહામંડળના મહાસમિતિના સભ્યની ભલામણ (જે ગામમાં મહાસમિતિના સભ્યના હોય તો ગામના જ્ઞાતિ અગ્રણીની ભલામણ :

---

---

ભલામણ કરનારનું પુરૂ નામ, સનરામું, હોદ્દો અને સહી

નામ : \_\_\_\_\_

સનરામું : \_\_\_\_\_

ફોન નં.: ઘર : \_\_\_\_\_ ઓફિસ \_\_\_\_\_ મોબાઈલ \_\_\_\_\_

હોદ્દો મહાસમિતિના સભ્ય/ જ્ઞાતિ અગ્રણી : \_\_\_\_\_ ગામ : \_\_\_\_\_

ભલામણ કરનારની સહી \_\_\_\_\_

### કન્વીનરનો અભિપ્રાય અને ભલામણ

---

---

કન્વીનરની સહી

### અરજી અંગેનો નિર્ણય

મંજૂર / ના મંજૂર / પેન્ડીંગ

૩. \_\_\_\_\_ (અંકે રૂપિયા) \_\_\_\_\_

પુરા મંજૂર કરવામાં આવે છે.

ખજાનચીની સહી

પ્રમુખની સહી

### રાહત મેળવવા માટેની શરતો

૧. અરજદારે અરજીની સંપૂર્ણ વિગતો પુરેપુરી ભરીને મોકલી આપવાની રહેશે.
૨. આ ફંડમાંથી શ્રીમાળી સોની સમાજના કોઈપણ જરૂરિયાત મંદ કેન્સરના દર્દીને ગંભીર બિમારી માટે જ ઓપરેશન માટે થનારના ખર્ચ માટે રાહત આપવામાં આવે છે.
૩. દર્દીના તથા સારવાર માટે થનાર અંદાજિત ખર્ચની વિગત તથા દર્દીના લેબોરેટરી એક્સ રે રિપોર્ટ ખર્ચના બીલો તથા સારવાર કરતા ડોક્ટરનાપત્ર અરજી સાથે અવશ્ય મોકલવો.
૪. રાહત મેળવવા માટે અરજદાર મહામંડળના આજીવન સભ્ય હોવા જરૂરી છે. ન હોય તો રૂ. ૫૦/- ભરી આજીવન સભ્ય બની તેની પહોંચની ઝેરોક્ષ કોપી અરજી સાથે સામેલ કરવી.