



श्री अखिल भारतवर्षीय साधुमार्गी जैन संघ



(राजस्थान संस्था रजिस्ट्रीकरण 1958 के अन्तर्गत रजिस्टर्ड)

प्रधान कार्यालय : 'समता भवन' आचार्य श्री नानेश मार्ग, नोखा रोड,
गंगाशहर, बीकानेर-334004 (राज.) फोन नं. 0151-2270261
ईमेल : ho@sadhumargi.com वेबसाईट : www.sadhumargi.com

श्री समता जनकल्याण प्रन्यास चिकित्सा सहायता हेतु आवेदन पत्र

आवेदक का नाम :

पिता/पति का नाम : धर्म :

स्थायी पता :

पोस्ट : शहर : राज्य : पिनकोड :

फोन नंबर : मोबाईल नंबर :

ईमेल आईडी : व्हाट्सएप नं.

अस्पताल का नाम जहां मरीज उपचाराधीन है (चैक अस्पताल के नाम से ही बनेगा :

अस्पताल के बैंक का नाम : खाता संख्या

परिवार की मासिक आमदनी :

बीमार व्यक्ति से संबंधित जानकारी :

1. नाम : उम्र : आवेदक के साथ संबंध :

2. रोग व चिकित्सा का प्रकार :

(संबंधित चिकित्सक की रिपोर्ट व अनुमानित व्यय संलग्न करना आवश्यक है ।)

3. अस्पताल का नाम, फोन नं. पता :-

अपेक्षित सहायता राशि (कम से कम) एक साथ या किश्तों में

4. किसी अन्य संस्था अथवा व्यक्ति से उक्त रोग की सहायता हेतु प्राप्त राशि का विवरण :

5. रूग्ण व्यक्ति के अतिरिक्त उस पर आश्रित सदस्यों का विवरण :

क्र.सं.	नाम	संबंध	जन्म दिनांक	शिक्षा	मासिक आय दुकान नौकरी	नोट
1.						परिवार राशनकार्ड की फोटोकॉपी आवेदन पत्र के साथ संलग्न करें।
2.						
3.						
4.						
5.						

मैं विश्वास दिलाता हूँ कि मेरे द्वारा दी गई उक्त जानकारी पूर्णतया सही है। सहायता राशि का उपयोग चिकित्सा पर ही खर्च होगा। अनुकूलता होने पर मैं सहायता राशि को लौटाने की भावना रखता हूँ।

दिनांक :

हस्ताक्षर आवेदनकर्ता :

सहायता हेतु नियम

1. आवेदक अपनी जानकारी स्पष्ट एवं सत्यता के धरातल पर ही लिखें।
2. आवेदक व जिसके लिए सहायता चाही गई है उनके पिछले 2 वर्ष के बैंक खाते का स्टेटमेंट अवश्य संलग्न करें।

स्थानीय संघ अध्यक्ष एवं महामंत्री द्वारा प्रमाणीकरण

हम आवेदक श्री पुत्र/पुत्री श्री

निवासी तथा उसके

परिवार से परिचित हैं। इनकी आर्थिक स्थिति सुदृढ़ नहीं है। आवेदक के रिश्तेदार..... विगत

.... समय से रोग से ग्रस्त है। इनकी चिकित्सा अतिआवश्यक है। आवेदन पत्र में दिया गया विवरण सही है।

दिनांक :

(1) हस्ताक्षर एवं नाम : (2) हस्ताक्षर एवं नाम :

पद

पद

मोबाईल नं. :

मोबाईल नं.

नोट :- स्थानीय संघ की मोहर अथवा आवेदन पत्र के साथ लैटर हैड अवश्य लगाएं।

प्रतिष्ठित स्थानीय सदगृहस्थ का प्रमाण पत्र

मैं आवेदक श्री तथा उसके परिवार से पिछले वर्षों से परिचित हूँ।

मैं प्रमाणित करता हूँ कि आवेदक सहयोग दिए जाने योग्य है।

आपका मंतव्य अथवा अन्य कोई उल्लेखनीय बात

प्रमाणकर्ता के हस्ताक्षर : नाम : पद :

पता व फोन नं. :

नोट : इस आवेदन-पत्र को पूर्णतया भरकर केन्द्रीय कार्यालय अवश्य भिजवायें।

कार्यालय उपयोग के लिए

आवेदन पत्र प्राप्ति की तारीख सहायता स्वीकृति की तारीख

सहायता राशि रूपए किशतों में।

हस्ताक्षर

चैयरमैन/सदस्य