



G.K. FOUNDATION

(Reg. under The Bombay Public Trust Act: 1950)

दिनांक _____

प्रति,
संस्थापक अध्यक्ष,
फाऊंडेशन,
नवी सांगवी, पुणे
संपर्क : ७५१-७५१-०७४१

फोटो

विषय : वैद्यकीय मदतीसाठी अर्ज

रुग्णाचे संपूर्ण नाव : _____ वय : _____

अर्जदाराचे संपूर्ण नाव : _____

अर्जदाराचे रुग्णासोबत नाते _____ मोबाइल नंबर: _____

कायमचा पत्ता : _____

आजाराची माहिती : _____

हॉस्पिटल चे नाव : _____

ऑपरेशन करणाऱ्या डॉक्टरांचे नाव: _____

शस्त्रक्रियेचा अंदाजे खर्च : _____

आपण स्वतः ची किती रक्कम उभी करू शकता : _____

हॉस्पिटल मार्फत मिळालेली सवलत: _____

रुग्णाच्या आर्थिक परिस्थितीची माहिती : _____

सही करणाऱ्याचे नाव _____ सही _____

❖ अर्जासोबत खालील कागदपत्र जोडावेत:

- ✓ हॉस्पिटलचे शस्त्रक्रियेच्या खर्चाचे अंदाजपत्र (कोटेशन)
- ✓ तहसीलदार यांच्या सहीचे उत्पन्नाचा दाखला
- ✓ रेशनकार्ड

❖ अर्जदारास सूचना:

- ✓ वय मर्यादा २५ वर्षांपर्यंत
- ✓ मदतीची रक्कम हॉस्पिटल ला चेक ने देण्यात येईल
- ✓ भेटण्याची वेळ सकाळी १० ते सायंकाळी ५ पर्यंत

(हा फॉर्म रुग्णाच्या नातेवाईक यांनी भरून द्यावा)