



Chilya Care Foundation

Being united for a noble cause

☎: +91-9920006010 / 20 / 30

✉: info@chilyacare.org

🌐: www.chilyacare.org

Patient data form for 2024

Updated: November / 2024

તારીખ:

| દર્દીની વિગતો | | | |
|------------------|--|-------|--|
| દર્દીનું નામ: | | | |
| વ્યવસાય: | | ઉંમર: | |
| સ્થાન: | | ગામ: | |
| રોગનો પ્રકાર: | | | |
| હોસ્પિટલનું નામ: | | | |

| કુટુંબ અને જવાબદાર વ્યક્તિઓની વિગતો | | | |
|-------------------------------------|--|------------|--|
| જવાબદાર વ્યક્તિનું નામ: | | | |
| દર્દી સાથે સંબંધ: | | સંપર્ક નં: | |
| પરિવારના સભ્યોની સંખ્યા: | | | |
| પરિવારની કુલ આવક: | | | |

| ભંડોળની વિગતો અને ઘોષણા ફોર્મ | |
|---|------------------|
| 1) હું પ્રમાણિત કરું છું કે મેં સબમિટ કરેલ અરજી ફોર્મ પરની માહિતી સાચી અને સચોટ છે. | |
| 2) હું સંમત છું કે કોઈપણ ખોટી અથવા ગેરમાર્ગે દોરતી માહિતી ફોર્મ નકારવામાં અથવા નકારવામાં પરિણમશે. | |
| 3) દર્દી ચિલ્યા કેર ફાઉન્ડેશનને તેમના વતી સીધા હોસ્પિટલના બિલ ચૂકવવા માટે અધિકૃત કરે છે. | |
| જરૂરી રકમનો પ્રકાર: | જકાત / લિલ્લાહ - |
| દર્દીની સહી: | |
| દર્દીની સહી ફરજિયાત છે | |

| મંજૂરી અને બાંધકામ આપનાર | |
|--|--|
| જકાત માટે | |
| જકાત માટે મંજૂરી મુફતીનું નામ: | |
| સંપર્ક નં: | |
| લિલ્લાહ માટે | |
| લિલ્લાહ માટે ગામની બાંધકામ આપનારનું નામ: | |
| સંપર્ક નં: | |

જરૂરી દસ્તાવેજો

- 1) બે ડોક્ટરો પાસેથી અંદાજિત ઓપરેશન ખર્ચ.
- 2) વર્તમાન હોસ્પિટલનું બિલ.

માપદંડ, નિયમો અને શરતો

- 1) અમે કુલ કેસ મૂલ્યના 35% સુધી સહાય કરીશું.
- 2) એક વ્યક્તિની સહાય સમગ્ર પરિવાર માટે ઓછામાં ઓછા એક વર્ષ માટે પુનરાવર્તિત કરવામાં આવશે નહીં.
- 3) વર્તમાન કેસમાં જ મદદ કરશે.
- 4) આ ભંડોળ સીધા હોસ્પિટલના બેંક ખાતામાં જમા કરવામાં આવશે.
- 5) અંતિમ સારવાર માટે પસંદ કરાયેલ હોસ્પિટલને અમારા ડોક્ટરોની ટીમ દ્વારા અધિકૃત કરવામાં આવવી જોઈએ.
- 6) પ્રથમ આવનારને પ્રથમ સેવાના ધોરણે પ્રાથમિકતા આપવામાં આવશે.
- 7) દવા, રિપોર્ટ અથવા સારવારના શુલ્ક માટે કોઈ મદદ આપવામાં આવશે નહીં.
- 8) દરેક સારવાર માટે અમારી પાસેની હોસ્પિટલોની યાદીમાંથી એક હોસ્પિટલ પસંદ કરવી પડશે.