



Chilya Care Foundation

Being united for a noble cause

Patient data form for 2024

Updated: November / 2024

તારીખ:

દર્દીની વિગતો			
દર્દીનું નામ:			
વ્યવસાય:		ઉંમર:	
સ્થાન:		ગામ:	
રોગનો પ્રકાર:			
હોસ્પિટલનું નામ:			
દર્દી દાખલ:	હા / ના -		

ડોક્ટરો અભિપ્રાય	
પ્રથમ અભિપ્રાય ડો નામ:	
હોસ્પિટલનું નામ:	
દ્વિતીય અભિપ્રાય ડો નામ:	
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.	
કુલ અંદાજિત રકમ:	
જરૂરી રકમનો પ્રકાર:	જકાત / વિલ્લાહ -
દર્દીની સહી:	
દર્દીની સહી ફરજિયાત છે	

મંજૂરી અને બાંધકામ આપનાર

જકાત માટે

જકાત માટે મંજૂરી મુદ્દતીનું નામ:

સંપર્ક નં:

લિલ્લાહ માટે

લિલ્લાહ માટે ગામની બાંધકામ આપનારનું નામ:

સંપર્ક નં:

એરિયા કોઓર્ડિનેટર

એરિયા કોઓર્ડિનેટરનું નામ:

હોસ્પિટલ બેંક વિગતો

એકાઉન્ટ નામ:

બેંકનું નામ:

બેંક ખાતા નં:

બેંક IFSC કોડ:

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 હોસ્પિટલની યાદીમાંથી એક હોસ્પિટલ પસંદ કરવી પડશે.

Contact No: +91-9920006010 / 20 / 30

Email: info@chilyacare.org

Website: www.chilyacare.org