



॥ શ્રી કોટયર્ક પ્રસન્નોસ્તુ ॥  
નોંધણી નંબર : એ-૨૮૭૭ તા. ૧૩-૦૨-૧૯૯૮, વડોદરા

## શ્રી જાયાતા સમાજ સુરક્ષા મંડળ, વડોદરા.

૩૦૪ પોલો વ્યુ એપાર્ટમેન્ટ, પોલો ગ્રાઉન્ડની સમમે,  
નેહરૂ ભૂવન ની ગલીમાં કીર્તી સ્તંભ, વડોદરા ૩૯૦૦૦૧



### મેડીકલ ખર્ચ માટે આર્થિક સહાય

તા. - - - ૨૦

(ફક્ત સભાસદની બિમારીના સારવાર ખર્ચ માટે જ)

### અરજીપત્ર

- (૧) અરજદાર સભાસદનું નામ .....K.S.S.M.No.....  
સરનામું : .....સ. બન્યા તા.....  
..... ફોન નં.....

- (૨) ઓપરેશન ખર્ચની વિગત :  
સારવાર લીધી હોય તે હોસ્પિટલનું નામ, ડૉક્ટરનું પ્રમાણપત્ર  
તથા દવાના બિલોનું નકલ જોડવી.

- (૩) સંસ્થાના વ્યવસ્થાપક સમિતિના સભ્ય કે પ્રતિનિધિની ભલામણ

સભાસદની સહી.....

હું અરજદાર શ્રી .....રહે.....

ફોન નં.....ઓળખું છું. તેઓએ અરજીમાં દર્શાવેલ વિગત સાચી છે. અરજદાર  
આર્થિક સહાય માટે લાયક છે.

ભલામણ કરનારનું નામ ..... K.S.S.M.No.....

સરનામું: .....

ભલામણ કરનારની સહી.....