

# श्रीमती सविताबेन जितेन्द्रकुमार मेमोरीयल फ़ाउण्डेशन

## “आर्थिक/तबीली सहाय योजना”

ट्रस्ट रज. नं. : E/18554 A'bad, Dt. 08/08/2008

कार्यालय : ५४/३२४, विजयनगर कोलोनी, नारणपुरा, अमदावाद-५३.

माननीय ट्रस्टी श्री,

सविलय विनंती જે ટ્રસ્ટ અંતર્ગત ઉપરોક્ત યોજનામાંથી સહાય આપી આભારી કરશો છું. જે સહાય મળશે તેના સદુપયોગની ખાત્રી આપું છું. રાહત અંગેના નીતિ-નિયમો વાંચ્યા છે. જે નીચે જણાવેલ વિગતો સાચી લખી જણાવું છું.

૧) પુરૂ નામ અટક સાથે \_\_\_\_\_

૨) પિતા/પતિનું પુરૂ નામ : \_\_\_\_\_

૩) મૂળવતન : \_\_\_\_\_

૪) હાલ રહેઠાણ નું સરનામું : \_\_\_\_\_

ટેલી. નં. \_\_\_\_\_ મોબાઈલ : \_\_\_\_\_

૫) વ્યવસાય : \_\_\_\_\_ વાર્ષિક આવક : \_\_\_\_\_

૬) મદદ માટે ના કારણો \_\_\_\_\_

૭) કેટલી મદદની જરૂરી છે ? \_\_\_\_\_

૮) ગત વર્ષમાં આ સંસ્થા તરફથી મળેલ મદદની વિગત \_\_\_\_\_

૯) અન્ય સંસ્થાઓમાંથી મળતી મદદ કયાંથી કેટલી ? \_\_\_\_\_

તારીખ : \_\_\_\_\_

સ્થળ : \_\_\_\_\_

અરજી કરનારની સહી

### ભલામણ પત્ર

આ અરજીમાં જણાવેલ બધીજ વિગતો મારી જાણ મુજબ સાચી છે. તેને હું ઓળખું છું.

ભલામણ કરનારનું નામ \_\_\_\_\_ મૂળવતન \_\_\_\_\_

પુરૂપુરૂ સરનામું \_\_\_\_\_

ટેલી. નં. \_\_\_\_\_ મોબાઈલ \_\_\_\_\_

તારીખ : \_\_\_\_\_ ભલામણ કરનારની સહી

### કાર્યાલય માટે

આ અરજી ચકાસતા રૂ. \_\_\_\_\_ અંકે રૂ. \_\_\_\_\_

મંજૂર કરવામાં આવ્યા છે./નથી. બેંકનું નામ \_\_\_\_\_

ચેક નંબર \_\_\_\_\_ તારીખ \_\_\_\_\_

તારીખ \_\_\_\_\_ ટ્રસ્ટીશ્રી ની સહી

### નિયમો

- ૧) અરજી ટ્રસ્ટ નિયમોને આધીન છે. ટ્રસ્ટના છાપેલા ફોર્મમાંજ સંપૂર્ણ વિગતો સાથે અરજી કરવી. અધુરી ખોટી વિગતો જણાતા અરજી રદ કરવામાં આવશે. ટ્રસ્ટીઓનો નિર્ણય આખરી રહેશે.
- ૨) તબીબી સહાય માટે ડૉક્ટર રીપોર્ટ તેમજ દવાના બીલો રજૂ કરવા જરૂરી છે.
- ૩) આ રાહત વિધવા-ત્યક્તા-નિરાધાર ભાઈ-બહેનો-આકસ્મિક કારણો-અસાધ્ય રોગ વગેરેમાં આપવામાં છે.
- ૪) ભલામણ કરનાર વ્યક્તિ સમાજનો પ્રતિષ્ઠિત હોવો જોઈએ.
- ૫) અરજદારે ફક્ત તબીબી સહાય યોજના અથવા આર્થિક સહાય યોજના ખે માંથી એકજ યોજના માટે અરજી કરવી.
- ૬) અરજદારે આર્થિક સહાય માટેની અરજી તારીખ \_\_\_\_\_ સુધીમાં કાર્યાલયમાં મોકલી આપવી.