



મહાનગર સવા સદન

# અમદાવાદ મ્યુનિસિપલ કોર્પોરેશન ફોર્મ નં.

## અર્બન કોમ્યુનીટી ડેવલપમેન્ટ ડીપાર્ટમેન્ટ

એલીસબ્રીજ મ્યુનિ. શાળા નં. ૨૨, પાલડી ગામ, પાલડી, અમદાવાદ. ફોન : ૨૬૫૮૧૮૪૯

અરજી નં.

તારીખ :

અરજદારનું નામ : \_\_\_\_\_

અરજદારનું સરનામું : \_\_\_\_\_

તારીખ : \_\_\_\_\_

ફોન નંબર \_\_\_\_\_

વોર્ડ : \_\_\_\_\_

પ્રતિ,  
ડાયરેક્ટર શ્રી,  
યુ.સી.ડી. વિભાગ

### વિષય : સારવાર સહાયના હેતુ માટે પ્રમાણપત્ર કાઢી આપવા બાબત

મે. સાહબેશ્રી,

સવિનય નમ્ર અરજ સાથે જણાવવાનુંકે, મારો તથા મારા કુટુંબનો ફાયનલ થયેલ બી.પી.એલ. યાદીમાં સમાવેશ થયેલ નથી. જે સિવિલ હોસ્પિટલ ના વિભાગ (યુ.એન.મહેતા હૃદયની બિમારી માટે, એચ.એલ. ત્રિવેદી કીડની બીમારી માટે, ગુજરાત કેન્સર હોસ્પિટલ સારવાર માટે) તથા વી.એસ. હોસ્પિટલમાં થતાં ખર્ચમાં તબીબી સારવાર સહાય મેળવી શકતા નથી. તેથી તબીબી સહાય મેળવાવ અંગે હોસ્પિટલના પુરાવા તથા અન્ય જરૂરી પુરાવા આ સાથે સામેલ કરું છું. જે ધ્યાને લઈ ફક્ત સારવાર સહાયના હેતુ માટે સારવાર સહાય પ્રમાણપત્ર કાઢી આપવા વિનંતી છે.

આપનો વિશ્વાસુ

બિડાણ : (પ્રમાણિત નકલો)

- (૧) રેશનીંગ કાર્ડની નકલ
- (૨) હોસ્પિટલના કેસ પેપરની નકલ
- (૩) મ્યુ. ટેક્ષ બીલની નકલ
- (૪) હોસ્પિટલ ખર્ચની નકલ
- (૫) તાલુકા મામલતદારશ્રીનો આવકનો દાખલો
- (૬) અરજદારનો ફોટો-દર્દીનો ફોટો

(\_\_\_\_\_)