

# श्री बांगड माहेश्वरी मेडिकल वेलफेयर सोसायटी

(अखिल भारतवर्षीय माहेश्वरी महासभा का प्रेरणा प्रकल्प)

गम्भीर बीमारी से ग्रस्त रोगी द्वारा  
सहायता हेतु

रजिस्टर्ड कार्यालय

३२८, आदर्श नगर, गली नंबर २,  
अजमेर रोड,  
ब्यावर, जिला-अजमेर (राज.)  
Ph. : 01462-252029  
E-mail : lahotip@shreecementltd.com

प्रशासनिक कार्यालय

१ मेन सेक्टर शास्त्रीनगर,  
भीलवाडा-३११ ००१ (राज.)  
Ph. : 01482-252000, 250911  
E-mail : admm@sangamgroup.com

## • आवेदन पत्र •

१. रोगी का पूरा नाम : \_\_\_\_\_
२. जन्म तिथि : \_\_\_\_\_ उम्र : \_\_\_\_\_
३. पिता/पति का नाम : \_\_\_\_\_
४. डाक का पूरा पता : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- मोबाईल नंबर : \_\_\_\_\_ टे.नं. कोड : \_\_\_\_\_ घर : \_\_\_\_\_ का. : \_\_\_\_\_
५. रोगी का व्यवसाय : \_\_\_\_\_
६. परिवार का व्यवसाय : \_\_\_\_\_
७. परिवारजनों की संख्या : \_\_\_\_\_ पुरुष \_\_\_\_\_ महिलाएं \_\_\_\_\_ बालक \_\_\_\_\_ बालिका \_\_\_\_\_ योग \_\_\_\_\_
८. परिवार की वार्षिक आय : \_\_\_\_\_ रोगी की वार्षिक आय : \_\_\_\_\_
९. बीमारी का नाम जिसका उपचार कराया जा रहा है \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- उक्त बीमारी कितने समय से है \_\_\_\_\_
१०. इस बीमारी कितने समय से है \_\_\_\_\_
११. आपका उपचार जिस अस्पताल में चल रहा है उसकी जानकारी  
अ) अस्पताल का नाम व पूरा पता \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ब) टे.नं.कोड \_\_\_\_\_ टेलिफोन नम्बर \_\_\_\_\_
- स) अस्पताल में आपका रजिस्ट्रेशन नम्बर \_\_\_\_\_
- द) डाक्टर का नाम जिसके द्वारा उपचार कराया जा रहा है \_\_\_\_\_
१२. बीमारी के सम्बन्ध में उपचारकर्ता डाक्टर की अनुशंशा तथा बीमारी पर होने वाले व्यय का विवरण (पूर्ण एवं स्पष्ट रूप में  
डाक्टर एवं अस्पताल के लेटर हेड पर होना आवश्यक है) \_\_\_\_\_