



श्री आल इंडिया श्वेताम्बर स्थानकवासी जैन कॉन्फ्रेंस

केन्द्रीय कार्यालय : जैन भवन 12, भगतसिंह मार्ग, गोल स्ट्रीट, नई दिल्ली-110 001

फोन : 011-23363729, 23365420, फैक्स : 011-23344380, Email : aissjc@gmail.com

जीवन प्रकाश योजना अध्यक्षीय कार्यालय : 1340 मेन रोड घोटी तह. इगतपुरी, जिला नासिक

मोहनलाल चोपड़ा जैन डॉ. अशोककुमार एन. पगारिया जैन संजय बोथरा जैन लादुलाल बाफना जैन
राष्ट्रीय अध्यक्ष राष्ट्रीय महामंत्री अध्यक्ष : जीवन प्रकाश योजना मंत्री : जीवन प्रकाश योजना

क्रम संख्या :

श्री आल इण्डिया श्वेताम्बर स्थानकवासी जैन कॉन्फ्रेंस द्वारा संचालित
जीवन प्रकाश योजना

विकित्सा व उपचार हेतु सहायतार्थ आवेदन पत्र

(कृपया पूरा फार्म भरकर भेजें, कोई भी कॉलम खाली न छोड़ें)

1. प्रार्थी का नाम :
2. पिता/पति का नाम :
3. घर का स्थायी पता :
(पिन कोड सहित)
फोन नं. : मोबाईल
4. पिता/पति का व्यवसाय :
एवं पता :
फोन नं. : मोबाईल
5. परिवार की मासिक आय के स्रोत का ब्योरा : पिता / पति परिवार के अन्य सदस्य
6. मकान निजी किराए का यदि किराये का है तो प्रतिमाह किराया : रुपये
7. परिवार के सदस्यों का ब्योरा :

नाम

आयु

प्रार्थी के साथ संबंध

- | | | |
|---------|-------|-------|
| क)..... | ..... | ..... |
| ख)..... | ..... | ..... |
| ग)..... | ..... | ..... |
| घ)..... | ..... | ..... |
| च)..... | ..... | ..... |

8. कौन से जैन? (मार्क करें) स्थानकवासी श्वेताम्बर मूर्तिपूजक श्वेताम्बर दिगम्बर तेरापंथी
9. रोग का विवरण :
10. अस्पताल का पूरा नाम :
एवं पता (प्रूफ सहित)
अंग्रेजी में संस्थान का नाम, पता :
11. अनुमानित खर्च का विवरण स्वयं के स्रोत से अन्य स्रोतों से प्राप्त सहायता शेष आवश्यकता रूपों में
.....
12. कॉन्फ्रेंस से पूर्व में प्राप्त सहायता का विवरण : दिनांक राशि दिनांक राशि
दिनांक राशि दिनांक राशि दिनांक राशि

मैं घोषणा करता / करती हूँ कि उपरोक्त विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य है और विश्वास दिलाता / दिलाती हूँ कि कॉन्फ्रेंस द्वारा प्राप्त अनुदान की राशि उपचार हेतु उपयोग की जाएगी। जीवन में सक्षम होने पर प्राप्त सहयोग राशि वापस देने का भाव रखता हूँ / रखती हूँ।

दिनांक

स्थान पिता/पति के हस्ताक्षर प्रार्थी हस्ताक्षर

कार्यालय के उपयोग हेतु

प्रस्तावित देय राशि रु. चेक नं. तिथि

मुख पृष्ठ पर लिखे गये प्रार्थी का सत्यापन

Confirmation of the Applicant Written on Main Page

(स्थानीय - श्री वर्द्धमान स्थानकवासी जैन श्रावक संघ / श्री एस.एस. जैन सभा के प्रयोग हेतु)

मैं अध्यक्ष/सचिव-(संस्था का नाम).....

.....स्थान..... प्रमाणित करता हूँ कि मेरी समझ से प्रार्थी को वास्तविक रूप से चिकित्सा व उपचार हेतु

रुपये..... अक्षरी रूपये..... की वित्तीय सहायता की आवश्यकता

है तथा यह राशि इसी उपयोग में आएगी।

स्थान :

दिनांक : संस्था/संघ की रबर स्टाम्प व हस्ताक्षर

हस्ताक्षरकर्ता के फोन एवं मोबाईल नं. पता :

फोन :

मोबाईल :

श्री ऑल इण्डिया श्वेताम्बर स्थानकवासी जैन कॉन्फ्रेंस राष्ट्रीय / प्रांतीय शाखा)

मैं स्थान.....

ऑल इण्डिया श्वेताम्बर स्थानकवासी जैन कॉन्फ्रेंस..... का राष्ट्रीय / प्रान्तीय, अध्यक्ष, मंत्री/कार्यकारी सदस्य

..... प्रमाणित करता हूँ कि आवेदनकर्ता को चिकित्सा व उपचार हेतु

रुपये..... अक्षरी रूपये..... की वित्तीय सहायता की आवश्यकता है।

मैं आवेदनकर्ता को रुपये..... की सहायता की सिफारिश करता हूँ। सहायता राशि द्वारा चिकित्सा/उपचार हेतु खर्च की जाएगी।

स्थान :

दिनांक : संस्था/संघ की रबर स्टाम्प व हस्ताक्षर

हस्ताक्षरकर्ता के फोन एवं मोबाईल नं. पता :

फोन :

मोबाईल :

नोट :-

1. आवेदन पत्र पर शीघ्र कार्यवाही के लिए संपूर्ण जानकारी देना आवश्यक है। पूर्ण जानकारी के अभाव में एवं आधे-अधूरे भरे हुए आवेदन पत्रों पर विचार नहीं किया जाएगा।
2. आवेदन पत्र एवं आवेदन पत्र के साथ संलग्न सभी प्राप्त आवेदक द्वारा सत्यापित होना चाहिए।
3. आवेदन कर्ता के परिवार की वार्षिक आय का प्रमाण पत्र आवश्यक है। प्रमाण पत्र के बिना विचार नहीं किया जाएगा।
4. आवेदन पत्र उपरोक्त सभी आवश्यक संघ/संस्थाओं द्वारा संस्तुति एवं कॉन्फ्रेंस पदाधिकारी सदस्य द्वारा सत्यापित एवं रबर स्टाम्प सहित होने चाहिए।
5. आवेदन पत्र के साथ अस्पताल का प्रमाण पत्र, विशेषज्ञ एवं चिकित्सक द्वारा दिये गये प्रमाण पत्र एवं अनुमानित खर्च का ब्यौरा संलग्न करना आवश्यक है।
6. सहयोग राशि सीधे अस्पताल के नाम से अस्पताल के पते पर भेजी जाएगी।
7. आवेदन पत्र के साथ एक लिफाफा जिस पर अस्पताल का पूर्ण पता पिनकोड सहित हो, अंग्रेजी में केपिटल लेटर में लिखकर भेजें।
8. आवेदन पत्र के स्वीकृत होने पर आवेदन को सूचित किया जाएगा। आवेदन पत्रा पर सहायता उपलब्ध कराना या नहीं कराना कॉन्फ्रेंस के विवेकाधिकार अधीन है। इसके लिए किसी प्रकार का कारण बताना संभव नहीं है।
9. आवेदन के पश्चात् आवेदन पत्रा संबंधी कोई भी जानकारी प्राप्त करना हो तो फोन/मोबाईल पूर्व पोस्टकार्ड या पत्रा द्वारा सम्पर्क करें व अपना पूरा पता व विवरण स्पष्ट रूप से लिखें जिससे समय पर प्रत्युत्तर दिया जा सके।
10. पत्र व्यवहार का पता (कृपया जहाँ फार्म भेजा वहीं सम्पर्क करें) :

अध्यक्ष : जीवन प्रकाश योजना

श्री संजय बोथरा जी जैन

1340, मेन रोड

घोटी. तह-इगतपुरी

जिला-नाशिक-422402 (महाराष्ट्र)

मो. : 9326596781, 9822596781

मंत्री जीवन प्रकाश योजना

श्री लादु लाल जी बाफना जैन

लक्ष्मी सेनीटरी एण्ड हार्डवेयर स्टोर

शॉप नं. 7, अजंता अपार्टमेन्ट

तिलक रोड, सांताक्रुज, मुम्बई-400054 (महाराष्ट्र)

मो. : 9833866852