



श्री ऑल इंडिया श्वेताम्बर स्थानकवासी जैन कॉन्फ्रेंस

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

फोन नं. 011-23363729, 23365420, 23364380 E-mail: aissjc1906@gmail.com

जीवन प्रकाश योजना अध्यक्षीय कार्यालय : 215, सिंध सोसायटी, बनेर रोड़, औंध, पुणे - 411 007 (महाराष्ट्र)

श्री आनंदमल छल्लाणी जैन
राष्ट्रीय अध्यक्ष

श्री अशोककुमार मेहता जैन
राष्ट्रीय कार्याध्यक्ष

श्री अतुल जैन
राष्ट्रीय महामंत्री

श्री एम. पद्म कांकरिया जैन
राष्ट्रीय कोषाध्यक्ष

श्री रमनलाल लुंकड़ जैन
अध्यक्ष-जीवन प्रकाश योजना

श्री चन्द्रशेखर लुंकड़ जैन
मंत्री-जीवन प्रकाश योजना

क्रम संख्या

.....

श्री ऑल इंडिया श्वेताम्बर स्थानकवासी जैन कॉन्फ्रेंस द्वारा संचालित

जीवन प्रकाश योजना

चिकित्सा व उपचार हेतु सहायतार्थ आवेदन - पत्र

कृपया इस आवेदन-पत्र
के साथ दो फोटो लगाएं
तथा फोटो के पीछे
अपना नाम अवश्य लिखें ।

(कृपया फॉर्म को पूरा भरकर भेजें तथा कोई कॉलम खाली न छोड़ें)

1. प्रार्थी का नाम :
2. पिता/पति का नाम :
3. घर का स्थायी पता :
- (पिन कोड सहित)

फोन नं. : मोबाइल नं. :

4. पिता/पति का व्यवसाय
एवं पता :
फोन नं. : मोबाइल नं. :

5. परिवार की मासिक आय का ब्यौरा (पिता/पति) परिवार के अन्य सदस्य

6. मकान निजी अथवा किराये पर : यदि किराये का है तो प्रतिमाह किराया : रुपये

7. परिवार के सदस्यों का विवरण : नाम आय प्रार्थी के साथ सम्बन्ध
- | | | |
|-----------|------------|-------|
| (क) | वर्ष | |
| (ख) | वर्ष | |
| (ग) | वर्ष | |
| (घ) | वर्ष | |
| (च) | वर्ष | |

8. कौन से जैन (मार्क करें) : स्थानकवसी श्वेताम्बर मूर्तिपूजक श्वेताम्बर दिगम्बर तेरापंथी

9. रोगी का विवरण :

10. अस्पताल का पूरा नाम

एवं पता (प्रूफ सहित) :

अंग्रेज़ी में संस्थान का पूरा नाम

(कैपिटल लैटर्स में जिस नाम से चैक भेजना है) :

11. अनुमानित खर्च का विवरण स्वयं के स्रोत से अन्य स्रोतों से प्राप्त सहायता शेष आवश्यकता रूपों में
-

12. जैन कॉन्फ्रेंस से पूर्व में प्राप्त सहायता का विवरण : दिनांक राशि दिनांक राशि

मैं घोषणा करता / करती हूँ कि उपरोक्त विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य है और मैं विश्वास दिलाता / दिलाती हूँ कि जैन कॉन्फ्रेंस के माध्यम से प्राप्त अनुदान की राशि शिक्षा हेतु उपयोग की जाएगी। जीवन में सक्षम होने पर प्राप्त सहयोग राशि वापिस लौटाने का भाव रखता / रखती हूँ।

दिनांक :

स्थान : पिता / पति के हस्ताक्षर प्रार्थी के हस्ताक्षर

कार्यालय के उपयोग हेतु

प्रस्तावित देय राशि रु. चैक नं. तारीख / / बैंक

मुख पृष्ठ पर लिखे गए प्रार्थी का सत्यापन

Confirmation of the Applicant written on front page

(स्थानीय - श्री वर्धमान 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 हेतु
रुपये (राशि अक्षरों में) की वित्तीय सहायता की आवश्यकता है तथा यह राशि इसी उपयोग
में आयेगी।

स्थान :

दिनांक ://

संस्था / श्रीसंघ की रबर स्टाम्प व हस्ताक्षर
पता :

श्री ऑल इंडिया श्वेताम्बर स्थानकवासी जैन कॉन्फ्रेंस राष्ट्रीय / प्रान्तीय शाखा

..... स्थान श्री ऑल इंडिया श्वेताम्बर स्थानकवासी जैन कॉन्फ्रेंस
..... का राष्ट्रीय / प्रान्तीय, अध्यक्ष / मंत्री / कार्यकारिणी समिति सदस्य
..... प्रमाणित करता हूँ कि आवेदनकर्ता को चिकित्सा हेतु रुपये
(राशि अक्षरों में) की वित्तीय सहायता की आवश्यकता है।

मैं आवेदनकर्ता को रुपये की सहायता प्रदान करने की सिफारिश करता हूँ। सहायता राशि चिकित्सा
हेतु खर्च की जायेगी।

स्थान :

दिनांक ://

हस्ताक्षरकर्ता के फोन नं. (एस.टी.डी. कोड सहित) एवं मोबाइल नं.

फोन नं. :

मोबाइल नं. :

संस्था / श्रीसंघ की रबर स्टाम्प व हस्ताक्षर
पता :

नोट :

1. आवेदन पत्र पर शीघ्र कार्यवाही के लिए सम्पूर्ण जानकारी देना आवश्यक है। पूर्ण जानकारी के अभाव में एवं आधे-अधूरे भरे हुए आवेदन पत्रों पर विचार नहीं किया जाएगा।
2. आवेदन पत्र के साथ संलग्न सभी प्राप्त दस्तावेज़ आवेदक द्वारा सत्यापित होने चाहिए।
3. आवेदनकर्ता के परिवार की वार्षिक आय का प्रमाण-पत्र आवश्यक है। प्रमाण-पत्र के बिना आवेदन पर विचार नहीं किया जायेगा।
4. आवेदन पत्र उपरोक्त सभी आवश्यक संघ/संस्थाओं द्वारा संस्तुति एवं जैन कॉन्फ्रेंस राष्ट्रीय/प्रान्तीय पदाधिकारी द्वारा रबर स्टाम्प सहित सत्यापित होने चाहिए।
5. आवेदन पत्र के साथ अस्पताल का प्रमाण-पत्र, विशेषज्ञ चिकित्सक द्वारा दिये गये प्रमाण-पत्र एवं अनुमानित खर्च का ब्यौरा संलग्न करना आवश्यक है।
6. सहयोग राशि का चैक आवेदनकर्ता के नाम से नहीं अपितु केवल अस्पताल के नाम से ही आवेदनकर्ता के पते पर भेजा जायेगा।
7. आवेदनपत्र के साथ एक लिफाफा जिस पर अस्पताल का पूरा पता, पिनकोड सहित (अंग्रेज़ी भाषा के कैपिटल लैटर्स में) लिखकर भेजें।
8. आवेदन पत्र के स्वीकृत होने पर आवेदक को सूचित किया जायेगा। आवेदन पत्र पर सहायता उपलब्ध कराना या नहीं कराना, यह जैन कॉन्फ्रेंस के विवेकाधिकार के अधीन है। इसके लिए किसी प्रकार का कारण बताना आवश्यक नहीं होगा।
9. आवेदन के पश्चात् आवेदन पत्र के सम्बन्ध में कोई भी जानकारी प्राप्त करनी हो तो कृपया फोन/मोबाइल/पोस्टकार्ड या पत्र द्वारा सम्पर्क करें व अपना पूरा पता व विवरण स्पष्ट रूप से लिखें जिसके लिए समय पर प्रत्युत्तर दिया जा सके। याद रखें कि सम्पूर्ण फॉर्म को भरना अनिवार्य है।
10. पत्र व्यवहार का पता (जहाँ आपने फॉर्म भेजा है, कृपया वहीं सम्पर्क करें)
11. अस्पताल / डॉक्टर की फीस (Fees Certificate) का प्रमाण-पत्र होना ज़रूरी है।
12. परिवार की वार्षिक आय का प्रमाण-पत्र होना भी अनिवार्य है।

जीवन प्रकाश योजना - राष्ट्रीय अध्यक्ष
श्री रमनलाल लुंकड़ जैन
215, सिंध सोसायटी, बनेर रोड,
औंध, पुणे - 411 007 (महाराष्ट्र)
मोबाइल - 98505 00015

जीवन प्रकाश योजना - राष्ट्रीय मंत्री
श्री चन्द्रशेखर लुंकड़ जैन
चन्द्रमा मैडिकल, पुणे नगर रोड,
वाघोली, पुणे - 412 207 (महाराष्ट्र)
मोबाइल - 98903 01635