



# Chilya Care Foundation

Being united for a noble cause

☎ : 9920006010 / 20 / 30

✉ : [www.chilyacare.org](http://www.chilyacare.org)

🌐 : [info@chilyacare.org](mailto:info@chilyacare.org)

## Patient data form for 2025

Updated: July / 2025

Date:

| દર્દીની વિગતો                                                                         |  |                        |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--|
| દર્દીનું નામ:                                                                         |  |                        |  |
| દર્દીના આધાર કાર્ડ નંબર:                                                              |  |                        |  |
| વ્યવસાય:                                                                              |  | ઉંમર:                  |  |
| સ્થાન:                                                                                |  | ગામ:                   |  |
| રોગનો પ્રકાર:                                                                         |  |                        |  |
| હોસ્પિટલનું નામ:                                                                      |  |                        |  |
| ડોક્ટરનું નામ:                                                                        |  |                        |  |
| અંદાજિત કિંમત:                                                                        |  |                        |  |
| કુટુંબ અને જવાબદાર વ્યક્તિઓની વિગતો                                                   |  |                        |  |
| જવાબદાર વ્યક્તિનું નામ:                                                               |  |                        |  |
| દર્દી સાથે સંબંધ:                                                                     |  | સંપર્ક નં:             |  |
| એરિયા કોઓર્ડિનેટરનું નામ:                                                             |  |                        |  |
| દર્દીની વ્યક્તિગત માહિતી                                                              |  |                        |  |
| પરિવારના કુલ સભ્યો:                                                                   |  |                        |  |
| કુટુંબની કુલ આવક:                                                                     |  |                        |  |
| પેટન્ટના નામે કોઈપણ મિલકત:                                                            |  |                        |  |
| દર્દી સાથે કોઈપણ રોકડ અથવા વધુ:                                                       |  |                        |  |
| દર્દી દ્વારા બાકી કોઈપણ દેવું:                                                        |  |                        |  |
| જકાતની મંજૂરી માટે મુફતી સાહેબનું નામ:                                                |  |                        |  |
| મુફતી સાહેબનો સંપર્ક નંબર:                                                            |  |                        |  |
| ઇમામ ઓર મુદરિસ કે લિયે                                                                |  |                        |  |
| મસ્જિદ અથવા મદરેસાઓનું સ્થાન અને નામ:                                                 |  |                        |  |
| મસ્જિદ અથવા મદરેસા સંપર્ક નંબર:                                                       |  |                        |  |
| હોસ્પિટલ બેંક વિગતો                                                                   |  |                        |  |
| બેંકનું નામ:                                                                          |  |                        |  |
| ખાતાનું નામ:                                                                          |  |                        |  |
| બેંક એકાઉન્ટ નંબર:                                                                    |  | Bank IFS Code:         |  |
| દર્દીની ઘોષણા અને સહી                                                                 |  |                        |  |
| દર્દી ચિલ્યા કેર ફાઉન્ડેશનને તેમના વતી સીધા હોસ્પિટલના બિલ ચૂકવવા માટે અધિકૃત કરે છે. |  | દર્દીની સહી ફરજિયાત છે |  |