



# Chilya Care Foundation

Being united for a noble cause

☎ : 9920006010 / 20 / 30

✉ : www.chilyacare.org

🌐 : info@chilyacare.org

## Patient data form for 2026

Updated: January / 2026

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:			
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	