

**കാരുണ്യ ബെനവലന്റ് ഫണ്ട്**  
**സമാശ്വാസ ചികിത്സ ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷ**  
**(3000 രൂപ വരെ ഒറ്റത്തവണ ധനസഹായം)**

1. രോഗിയുടെ പേര് :

2. പുരുഷൻ/ സ്ത്രീ :

3. മേൽവിലാസം :

പോസ്റ്റ് ആഫീസ് :

പിൻകോഡ് :

ജില്ല :

ഫോൺ നം. :

4. വയസ്സ് :

5. ജോലി :

6. വാർഷിക കുടുംബ വരുമാനം. രൂ.

7. അച്ഛന്റെ/അമ്മയുടെ/ഭർത്താവിന്റെ പേര് :

8. റേഷൻ കാർഡ് നമ്പർ :

9. APL/BPL :

10. രോഗി അല്ല അപേക്ഷിക്കുന്നതെങ്കിൽ

അപേക്ഷകന്റെ പേര് :

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം :

11. രോഗവിവരങ്ങൾ:

12. ചികിത്സാ വിവരങ്ങൾ - ആശുപത്രിയുടെ പേര് :

മേൽവിലാസം :

13. ഐ. പി. നം :

തീയതി :

14. ചികിത്സിച്ച ഡോക്ടറുടെ പേര് :

15. ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്നതിനായി അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഹാജരാക്കിയ രേഖകൾ :

1. റേഷൻ കാർഡ് പകർപ്പ് :

2 ഐ. പി. ടിക്കറ്റ് :

**സത്യപ്രസ്താവന**

മേൽപറഞ്ഞ വിവരങ്ങളെല്ലാം എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും സത്യമാണെന്നും ഈ പദ്ധതിപ്രകാരം എനിക്കോ എന്റെ കുടുംബത്തിൽ മറ്റംഗങ്ങൾക്കോ ചികിത്സാ ധനസഹായം ലഭിച്ചിട്ടില്ലെന്നും കോളം 6-ൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള വാർഷിക കുടുംബവരുമാനം എന്തെങ്കിലും കാരണവശാൽ തെറ്റാണെന്ന് ബോധ്യപ്പെട്ടാൽ ഈ പദ്ധതിപ്രകാരം കൈപ്പറ്റിയ മുഴുവൻ തുകയും 12% പലിശ സഹിതം ഒറ്റതവണയായി തിരിച്ചടച്ചുകൊള്ളാമെന്നും തുക തിരിച്ചടയ്ക്കുന്നതിൽ വീഴ്ചവരുത്തിയാൽ നിയമ നടപടികളിലൂടെ സർക്കാരിനു ലഭിക്കേണ്ട തുക വസൂലാക്കുവാൻ സമ്മതമാണെന്നും ബോധിപ്പിച്ചുകൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം : അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ്/വീരലടയാളം  
തീയതി : പേര്

.....

**ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന്**

അപേക്ഷ കൈപ്പറ്റിയ തീയതി :       ഡേറ്റാ എൻട്രി വരുത്തിയ തീയതി :   
ഡേറ്റാ എൻട്രി നടത്തിയപ്പോൾ ലഭിച്ച ഐ.ഡി. നമ്പർ   
സംസ്ഥാനതല കമ്മിറ്റി ചെയർമാന് സമർപ്പിച്ച തീയതി :

**അഡ്മിനിസ്ട്രേറ്റർ**

.....

**സംസ്ഥാനതല കമ്മിറ്റി ചെയർമാന്റെ തീരുമാനം**

..... രൂപ സമാശ്വാസ ചികിത്സാ ധനസഹായമായി അനുവദിച്ചിരിക്കുന്നു.

തീയതി : **ചെയർമാൻ**

.....

ചികിത്സാ ധനസഹായം ലഭിക്കുവാൻ അർഹതയില്ലാത്തതിനാൽ അപേക്ഷ നിരസിക്കുന്നു.

തീയതി : **ചെയർമാൻ**