

മുഖ്യമന്ത്രിയുടെ ദൈത്യാവാസ നിധിക്കുൽനിന്നും ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷ

ഗുണഭോക്താവിൻ്റെ വിവരങ്ങൾ

1	പേര് (In Malayalam) (In English)	
2	സ്ത്രീ/പുരുഷൻ	സ്ത്രീ/പുരുഷൻ/ഭിന്നലിംഗം
3	വയസ്സ്	
4	ജീവി	
5	കോർപ്പറേഷൻ/മുനിസിപ്പാലിറ്റി/ഗ്രാമപഞ്ചായത്ത്	കോർപ്പറേഷൻ/മുനിസിപ്പാലിറ്റി/ഗ്രാമപഞ്ചായത്ത്
6	തദ്ദേശസ്ഥാനം സ്ഥാപനത്തിന്റെ പേര്	
7	വാർഡ് നമ്പർ	
8	താല്പര്യക്ക്	
9	വില്ലേജ്	
10	മേൽവിലാസം	
11	പോസ്റ്റ് അഫീസ്	
12	പിൻ് കോഡ്	
13	ഗുണഭോക്താവിൻ്റെ വിലാസം	എസ്.സി/എസ്.ടി./മത്സ്യത്തൊഴിലാളി/മറ്റുള്ളവ
14	രോഷൻ കാർഡ് നമ്പർ	
15	ആധാർ കാർഡ് നമ്പർ	
16	ഇ-മെയിൽ വിലാസം	
17	മൊബൈൽ നമ്പർ ഗുണഭോക്താവിൻ്റെ മറ്റുള്ളവരുടെ	
18	അപേക്ഷകനും ഗുണഭോക്താവും ഒന്നാണോ ? അല്ല എങ്കിൽ (a) അപേക്ഷകൻ്റെ പേര് (b) ഗുണഭോക്താവുമായുള്ള ബന്ധം	അതെ/അല്ല
19	അപേക്ഷകൻ്റെ മേൽവിലാസം (ഗുണഭോക്താവിൻ്റെയും അപേക്ഷകൻ്റെയും മേൽവിലാസം ഒന്നാണെങ്കിൽ)	

യനസഹായത്തിന്റെ തരം

20	<p>അസുവത്തിന്റെ/അപകടത്തിന്റെ വിഭാഗം (എറ്റവും അനുയോജ്യമായ ഒന്ന് മാത്രം രേഖപ്പെടുത്തുക)</p>	<p>അപകടമരണം അപകടം-അതിവ ശുദ്ധതരം ക്യാൻസർ ഹൃദയ ചികിത്സ കിഡ്നി സംബന്ധമായ അസുവം കരൾ മന്ത്രിഷ്കം, നാഡിവ്യൂഹം മറ്റ് ചികിത്സാ ധനസഹായം</p>
	<p>(a) അസുവത്തിന്റെ/അപകടത്തിന്റെ തരം (20-ൽ രേഖപ്പെടുത്തുന്നതിനെ ആധാരമാക്കിയുള്ള വിശദീകരണം) (ഉദാ: അപകടം-വാഹനാപകടം, തീപിട്ടുത്തം ക്യാൻസർ-ബ്ലൈസ് ക്യാൻസർ, ലംഗ് ക്യാൻസർ)</p>	
	<p>(b) ചികിത്സാരീതി (20-ൽ രേഖപ്പെടുത്തുന്നതിനെ ആധാരമാക്കിയുള്ള വിശദീകരണം) (ഉദാ: അപകടം-സർജറി, കൂട്ടുമി അവയവം വയ്ക്കൽ ക്യാൻസർ-സർജറി, റോഡീയേഷൻ, കീമോതെറാപ്പി)</p>	
	<p>(c) അപകടം നടന്ന സ്ഥലം</p>	
	<p>(d) അപകടത്തിന്റെ തീയതി</p>	
21	അസുവത്തിന്റെ/അപകടത്തിന്റെ സ്വഭാവം	
22	മെഡി കൺ സർട്ടിഫി ക്രേഡ് ഡോക്ടർ മുവേന മൊബൈൽ ആപ്ലികേഷൻിൽ രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ടോ?	ഉണ്ട്/ഇല്ല
	(a) ഉണ്ടാക്കിയ മെഡി കൺ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് നമ്പർ	
23	നിലവിൽ ചികിത്സയിലാണോ ?	അംഗീ/അല്ല
	(a) അംഗീ എക്കിൽ ചികിത്സ തുടരേണ്ട കാലാവധി	
24	നിലവിൽ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ചിട്ടുണ്ടോ ?	ഉണ്ട്/ഇല്ല
	ഉണ്ട് എക്കിൽ	
	(a) ആശുപത്രി വിഭാഗം	സർക്കാർ/പൈപവർ
	(b) ആശുപത്രി സ്ഥിതിചെയ്യുന്ന ജില്ല	
	(c) ആശുപത്രിയുടെ പേര്	
	(d) IP റജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ	

25	ഇതെ ആവശ്യത്തിന് മുമ്പ് എത്രക്കിലും സാമ്പത്തിക സഹായം/നഷ്ടപരിഹാരം ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടോ?	ഉണ്ട്/ഇല്ല
	ഉണ്ട് എങ്കിൽ	
	(a) ലഭിച്ച പദ്ധതി	
	(b) ലഭിച്ച തുക	
	(c) ലഭിച്ച വർഷം/മാസം	

വരുമാന വിവരങ്ങൾ

26	തൊഴിൽ	
27	ഭൂമി സ്വന്തമായുണ്ടോ ?	ഉണ്ട്/ഇല്ല
	ഉണ്ട് എങ്കിൽ	
	(a) വില്ലേജ്	
	(b) ഉണ്ടക്കിൽ ഭൂമിയുടെ വിസ്തീരണം (സെറ്റിൽ)	
	(c) വസ്തുവിൽനിന്നുള്ള വരുമാനം	
28	മറ്റ് വരുമാനം	
29	വാർഷിക കൂടുംബവരുമാനം	

അക്കൗണ്ട് വിവരങ്ങൾ

30	ബാക്ക് നമ്പിതി ചെയ്യുന്ന ജീലി	
31	ബാക്കിയെ പേര്	
32	ബന്ധാവധി പേര്	
33	IFSC കോഡ്	
34	അക്കൗണ്ട് ഹോൾഡറുടെ പേര് (In English)	
35	അക്കൗണ്ട് നമ്പർ	

സാക്ഷ്യപത്രം

മേൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള കാര്യങ്ങൾ സത്യമാണെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

സ്ഥലം :

തീയതി :

അപേക്ഷകൻ്റെ പേരും, ഒപ്പ്.

MEDICAL CERTIFICATE FOR AVALING FINANCIAL ASSISTANCE FOR TREATMENT

(To be issued by the Head of Hospital where the patient undergoes treatment)

1. Name and Address of the Patient :

2. OP/IP No. with date of registration/admission :

3. Description of disease :

4. Treatment recommended :

5. Expenditure already incurred, if any :

6. Anticipated expenditure of the treatment : undergoing/recommended

7. Remarks

Date :

Signature and Name of the issuing authority and Name and address of the Hospital.

(Office Seal)