

പട്ടികജാതി വികസന വകുപ്പ്

**പിന്നോക്ക പട്ടിക സമുദായക്ഷേമ വകുപ്പുമന്ത്രിയുടെ ഔദ്യോഗിക നാമധേയത്തിൽ
രൂപീകരിച്ചിട്ടുള്ള ദുരിതാശ്വാസ നിധിയിൽനിന്നും ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷ**

1. അപേക്ഷകന്റെ പേര്, വയസ്സ്, :
ആധാർ നമ്പർ, ഫോൺ നമ്പർ
2. ഇപ്പോഴത്തെ പൂർണ്ണമായ മേൽവിലാസം :
ബ്ലോക്ക്/മുനിസിപ്പാലിറ്റി/കോർപ്പറേഷൻ
തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ് നമ്പർ
3. ജാതി (തഹസിൽദാരിൽനിന്നുള്ള ജാതി :
സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഹാജരാക്കണം)
4. കുടുംബ വാർഷിക വരുമാനം (വില്ലേജ് :
ഓഫീസറിൽനിന്നുള്ള വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ്
ഹാജരാക്കണം)
5. അപേക്ഷകന്റെ തൊഴിൽ :
6. അസുഖത്തിന്റെ പേര്/ :
അത്യാഹിതത്തിന്റെ വിവരം
7. എന്നുമുതൽ ചികിത്സയിലാണ്? :
ഇനി എത്രകാലം ചികിത്സ വേണ്ടിവരും?
8. ചികിത്സയ്ക്കായി നാളിതുവരെ :
എത്ര രൂപ ചെലവായി?
ഇനിയും എത്ര രൂപ വേണ്ടിവരും?
9. ഏത് ആശുപത്രിയിലാണ് ചികിത്സ? :
10. ചികിത്സിക്കുന്ന ഗവ. ഡോക്ടറിൽ നിന്നുമുള്ള :
സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഹാജരാക്കിയിട്ടുണ്ടോ?
ആയത് പ്രകാരം ചികിത്സ എത്ര രൂപയാണ്?
11. ചികിത്സ ആവശ്യമായി വന്നത് അപേക്ഷിക്കുന്ന :
വ്യക്തിക്ക് അല്ലെങ്കിൽ ആർക്കുവേണ്ടിയാണ്
അപേക്ഷിക്കുന്നത്? ആ വ്യക്തിയുമായുള്ള ബന്ധം?
12. ഇതേ ആവശ്യത്തിന് മുമ്പ് ഏതെങ്കിലും :
വകുപ്പിൽനിന്നും ധനസഹായം ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടോ?
എങ്കിൽ ഏത് വകുപ്പിൽ നിന്ന് ? എത്ര രൂപ?
13. ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ, (ബാങ്ക് പാസ്സ് ബുക്കിന്റെ :
പകർപ്പ് സഹിതം) (ബാങ്ക്, IFSC കോഡ്

സത്യപ്രസ്താവന

മുകളിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന കാര്യങ്ങൾ സത്യമാണെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

സ്ഥലം :

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ് :

തീയതി :

പേര് :

പട്ടികജാതി വികസന ഓഫീസറുടെ അഭിപ്രായം
(ബ്ലോക്ക്/മുനിസിപ്പാലിറ്റി/കോർപ്പറേഷൻ)

MEDICAL CERTIFICATE FOR AVAILING ASSISTANCE FOR TREATMENT

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

1. Name and Address of the patient :

2. Order No. with date of Registration/Admission :

ആശുപത്രിയിലെ രജിസ്ട്രേഷൻ,
അഡ്മിഷൻ നമ്പർ, തീയതി

3. Description of the disease :

(രോഗവിവരം, ദീർഘകാല ചികിത്സ
ആവശ്യമുള്ള രോഗമാണോ?
എത്രകാലത്തെ ചികിത്സ വേണം)

4. Treatment recommended :

5. Expenditure already incurred, if any :

6. Anticipated expenditure of the treatment
Undergoing/recommended :

ചികിത്സയ്ക്ക് രോഗിയിൽനിന്നും തുക
ഈടാക്കിയിട്ടുണ്ടോ? എങ്കിൽ എത്ര തുക?

ട്രിയാൾ സമഗ്ര ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ്
പദ്ധതിയിൽ അംഗമാണോ?

Date :

*Signature and Name of the Issuing Authority
and Name and Address of the Hospital*

(seal)