

കാരുണ്യ ബെനവലൻ്റ് ഫണ്ട്
ചികിത്സ ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷ

1.	ഗുണഭോക്താവിൻ്റെ പേര്	:	
2.	പുരുഷൻ / സ്ത്രീ	:	
3.	മേൽവിലാസം	:	
	1.	വീട്ട് പേര്	:
	2.	വാർഡും/വീട് നമ്പരും	:
	3.	പ്രദേശം/വില്ലേജ്	:
	4.	ഗ്രാമപഞ്ചായത്ത്/നഗരസഭ	:
	5.	പോസ്റ്റ്	:
	6.	താലൂക്ക്, ജില്ല	:
	7.	പിൻകോഡ്	:
	8.	ഫോൺ നമ്പർ	:
4.	ജനനതീയതിയും പൂർത്തിയായ വയസ്സും	:	
5.	അച്ഛൻ്റെ/അമ്മയുടെ/ഭർത്താവിൻ്റെ പേര്	:	
6.	വാർഷിക കുടുംബ വരുമാനം	:	
7.	1.	ഗവൺമെൻ്റ് സ്കീമിൽ ചികിത്സാ ചെലവ് റീഇംബേഴ്സ്മെൻ്റ്/RSBY, CHIS+, മുഖ്യമന്ത്രിയുടെ ദുരിതാശ്വാസ നിധി തുടങ്ങി ഏതെങ്കിലും പദ്ധതിയിൽ നിന്ന് സാമ്പത്തിക സഹായം ലഭ്യമാക്കിയിട്ടുണ്ടോ ?	ഉണ്ട് / ഇല്ല ഉണ്ടെങ്കിൽ തുക
	2.	RSBY, CHIS+ തിരിച്ചറിയൽ നമ്പർ	:
8.	രോഗ വിവരം		
9.	ചികിത്സ നടത്തിയ ആശുപത്രിയുടെ പേര്/ ചികിത്സയുടെ കാലദൈർഘ്യം	:	
10.	1.	ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിച്ച അഡ്മിഷൻ കാർഡ് നമ്പർ	:
	2.	ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ച തീയതി	:
	3.	വിടുതൽ ചെയ്ത തീയതി	:
	4.	ചികിത്സ ഇപ്പോഴും തുടരുന്നുണ്ടോ	ഉണ്ട് / ഇല്ല
	5.	ഉണ്ടെങ്കിൽ വിശദവിവരം	
11.	ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്നതിനായി അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഹാജരാക്കിയ രേഖകൾ	:	
	1.	റേഷൻ കാർഡ് നമ്പർ	:
	2.	ആധാർ നമ്പർ	:

3.	ചികിത്സാ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്	:	
4.	ചികിത്സയ്ക്ക് ചെലവായ തുക	:	Rs.
5.	ബില്ലുകളുടെയും അനുബന്ധ രേഖകളുടെയും പകർപ്പ്	:	
12.	അപേക്ഷിക്കുന്ന തുക	:	

സത്യപ്രസ്താവന

മേൽപറഞ്ഞ വിവരങ്ങളെല്ലാം എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും സത്യമാണെന്ന് ബോധിപ്പിച്ചുകൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം : അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ്/വിരലടയാളം
 തീയതി : പേര്

ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന്

അപേക്ഷ കൈപ്പറ്റിയ തീയതി : ഡോറ്റു എൻട്രി വരുത്തിയ തീയതി :
 ജില്ലാ കമ്മിറ്റിയ്ക്ക് സമർപ്പിച്ച തീയതി :

ജില്ലാ ഭാഗ്യക്കുറി ഓഫീസർ

ജില്ലാതല കമ്മിറ്റിയുടെ തീരുമാനം

- a. അപേക്ഷ അനുവദിക്കാവുന്നതാണ്.
 രൂപ ചികിത്സാ ധനസഹായമായി അനുവദിക്കുവാൻ ശുപാർശ ചെയ്യുന്നു.
- b. താഴെപറയുന്ന കാരണങ്ങളാൽ അപേക്ഷ നിരസിക്കുന്നു.
- 1)
 - 2)
 - 3)

സ്ഥലം : ജില്ലാ കളക്ടർ
 തീയതി : (കമ്മിറ്റി ചെയർമാൻ)

ബാധകമായവ പുരിപ്പിക്കുക

KARUNYA BENEVOLENT FUND
(Directorate of State Lotteries)

ESTIMATE OF EXPENDITURE

(To be obtained from the consulting Doctor & countersigned by the Superintendent of the Hospital concerned and submitted along with the application for financial assistance under Karunya Benevolent Fund.)

1. Name & Address of the Hospital :

2. Name of Patient
3. Address: (as per hospital records)
 - a) House Name/No.
 - b) Name of Place/Village
 - c) Grama Panchayat/Municipality/Corporation:
 - d) Taluk
 - e. District
 - f) Post Office
 - PIN :
4. Age & Date of Birth
5. Registration No.
6. Diagnosis
7. Approximate period of treatment:
8. Approximate expenditure for-

a. Investigations	Rs.	b. Drugs	Rs.
c. Surgery	Rs.	d. Chemotherapy	Rs.
e. Radiotherapy	Rs.	f. Hospital Stay	Rs.
g. Supportive Care	Rs.	h. Other items	Rs.
Estimated Total		Rs.	

Remarks :

Name & Designation of the
Consulting Doctor

Name & Designation
Head of the Hospital

Signature

Signature

Date

(Office Seal)