

മുഖ്യമന്ത്രിയുടെ ദുരിതാശ്വാസനിധിയിൽ നിന്നും ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷാഫോറം

1. അപേക്ഷകന്റെ പേരും മേൽവിലാസവും
(വില്ലേജ്, താലൂക്ക്, ജില്ല സഹിതം)

2. അന്യാഹിതം / അസുഖത്തിനിരയായ
വ്യക്തിയും അപേക്ഷകനും തമ്മിലുള്ള ബന്ധം

3. അന്യാഹിതം- / അസുഖം സംഭവിച്ച ആൾ
പ്രായപൂർത്തിയായ ആളോ അല്ലയോ

4. അപേക്ഷകന്റെ വയസ്സും തൊഴിലും

5. അന്യാഹിതത്തിന്റെ / അസുഖത്തിന്റെ
സ്വഭാവം (ആവശ്യമായ രേഖകളുടെ
പകർപ്പ് ഉള്ളടക്കം ചെയ്തിരിക്കുന്നു.)

6. കുടുംബ വാർഷികവരുമാനം

7. ഇതിനുവേണ്ടി മുമ്പ് ഏതെങ്കിലും
നഷ്ടപരിഹാരം / സാമ്പത്തികസഹായം
ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടോ ? ഉണ്ടെങ്കിൽ വിശദവിവരം

സാക്ഷ്യപത്രം

മുകളിൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള വസ്തുതകൾ സത്യമാണ്. മേൽ കരണത്തിന് / ആവശ്യത്തിന് മുഖ്യമന്ത്രിയുടെ ദുരിതാശ്വാസനിധിയിൽ നിന്നും ഞാൻ ഈ സാമ്പത്തികവർഷം സഹായധനമാനും കൈപ്പറ്റിയിട്ടില്ലെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

സ്ഥലം :

തീയതി :

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പും പേരും

വില്ലേജ് ആഫീസറുടെ അന്വേഷണ റിപ്പോർട്ട്

നമ്പർ

വില്ലേജ് _____

തീയതി _____

വില്ലേജ് ആഫീസർ

**MEDICAL CERTIFICATE FOR AVAILING
FINANCIAL ASSISTANCE FOR TREATMENT**

(To be issued by the Head of the 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 the 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