അനുബന്ധം നം.

7

സാമൂഹ്യ നീതി വകുപ്പ്

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ

സമാശ്വാസം പദ്ധതി II

വൃക്ക/കരൾ മാറ്റി വയ്ക്കൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു വിധേയരായ രോഗികൾക്ക് ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷാ ഫോറം

1. അപേക്ഷകന്റെ പേര്
2. മേൽവിലാസം
   വീട്ടുപേര്
   വീട് നമ്പർ
   വാർഡ് നമ്പർ
   പഞ്ചായത്ത്/മുനിസിപ്പാലിറ്റി/കോർപ്പറേഷൻ
   പോസ്റ്റ് ഓഫീസ് (നിർബന്ധം)
   പിൻ നമ്പർ
3. ഫോൺ നമ്പർ, മൊബൈൽ/മൊബൈൽ
4. അപേക്ഷകന്റെ വയസ്സും, ജനനതീയതിയും
5. സ്ത്രീയോ/പുരുഷനോ
6. രോഗിയുടെ വാർഷിക വരുമാനം (വില്ലേജ് ആഫീസിൽ നിന്നും ലഭിക്കുന്ന വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ്/ ബി.പി.എൽ. റേഷൻ കാർഡിന്റെ കോപ്പി/ എ.പി.എൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഹാജരാക്കുക)
7. കരൾ/വൃക്ക മാറ്റി വയ്ക്കൽ സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ
   (എ). ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തിയ തീയതി
   (ബി). ശസ്ത്രക്രിയ ചെയ്ത ഡോക്ടറുടെ പേര്
   (സി). ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തിയ ആശുപത്രിയുടെ പേര്
   (ഡി) ഇപ്പോൾ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടറുടെ പേര്
   (ഇ) ഇപ്പോൾ ചികിത്സിക്കുന്ന ആശുപത്രിയുടെ പേര്
8. നിലവിൽ സമാശ്വാസം പദ്ധതിയുടെ ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്നുണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ എന്നു മുതൽ
9. രോഗിയുടെ പേരിൽ നാഷണലൈസ്ഡ് ബാങ്കിൽ ആരംഭിച്ചിട്ടുള്ള അക്കൗണ്ടിന്റെ വിവരാംശം
   (എ). ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ
   (ബാങ്കുകളിലെ പേരും മേൽവിലാസവും അക്കൗണ്ട് നമ്പറും ഉള്ള പേജിന്റെ പകർപ്പ്)
   (ബി) ബാങ്കിന്റെ പേര്
   (സി) ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്
   (ഡി). ഐ.എഫ്.എസ്.സി കോഡ് നമ്പർ
10. ആധാർ കാർഡ് നമ്പർ
    (കാർഡ് ലഭിച്ചിട്ടില്ലെങ്കിൽ രജിസ്റ്റർ നമ്പർ)
11. വൃക്ക/കരൾ മാറ്റി വയ്ക്കൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു വേണ്ടി ചെയ്യുന്ന ആശുപത്രികൾ നൽകുന്ന ഡിസ്ചാർജ് കാർഡിന്റെ ഗവൺമെന്റ് ആശുപത്രി സംബന്ധിച്ച പ്രത്യേക പകർപ്പ് ഉള്ളടക്കം ചെയ്യേണ്ടതാണ്.

സത്യപ്രസ്താവന

മേൽപറഞ്ഞ കാര്യങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും സത്യമാണെന്നും ഞാൻ വൃക്ക/കരൾ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയനായ രോഗിയാണെന്നും ഇപ്പോൾ തുടർ ചികിത്സയിലാണെന്നും ഇതിനായി സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നതിലേക്കുള്ളതുമാണ്.

സ്ഥലം :
തീയതി

അപേക്ഷകന്റെ പേരും ഒപ്പും