

**മുഖ്യമന്ത്രിയുടെ ദുരിതാശ്വാസ നിധിയിൽ നിന്നും ധനസഹായം ലഭിക്കുന്നതിനുള്ള
അപേക്ഷഫോറം**

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

2. അത്യാഹിതം/ അസുഖത്തിനിരയായ :
വ്യക്തിയും അപേക്ഷകനും തമ്മിലുള്ള ബന്ധം

3. അത്യാഹിതം/ അസുഖം സംഭവിച്ച ആൾ :
പ്രായപൂർത്തിയായ ആളോ? അല്ലയോ?

4. അപേക്ഷകന്റെ വയസ്സും തൊഴിലും :

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

6. കുടുംബ വാർഷിക വരുമാനം :

7. ഇതിനു വേണ്ടി മുൻപ് ഏതെങ്കിലും നഷ്ട :
പരിഹാരം/ സാമ്പത്തിക സഹായം ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ വിശദവിവരം

സാക്ഷ്യപത്രം

മേൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള വസ്തുതകൾ സത്യമാണ്. മേൽ ആവശ്യത്തിന് മുഖ്യമന്ത്രിയുടെ ദുരിതാശ്വാസ നിധിയിൽ നിന്നും ഞാൻ സഹായധനമൊന്നും കൈപ്പറ്റിയിട്ടില്ലെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

സ്ഥലം :

തീയതി :

അപേക്ഷകന്റെ പേരും ഒപ്പും

വില്ലേജ് ഓഫീസറുടെ അന്വേഷണ റിപ്പോർട്ട്

നമ്പർ :

വില്ലേജ് :

തീയതി :

തഹസിൽദാരുടെ ശുപാർശ

നമ്പർ :

താലൂക്ക് :

തിയതി :

ജില്ലാകലക്ടറുടെ ശുപാർശ

നമ്പർ

ജില്ലാ കലക്ടറേറ്റ് : കോഴിക്കോട്

തിയതി :

ജില്ലാ കലക്ടർക്കുവേണ്ടി

ആവശ്യപ്പെട്ടിട്ടുള്ള തുക ജില്ലാ കലക്ടർമാരുടെ അധികാര പരിധിക്കുള്ളിലാണെങ്കിൽ ഉചിതമായ നടപടി സ്വീകരിച്ചശേഷം കലക്ടർമാർ വിവരം സർക്കാരിനെ അറിയിക്കേണ്ടതാണ്.

മുഖ്യമന്ത്രിയുടെ ഉത്തരവ് :

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

(To be issued by the Head of the Hospital where the patient under goes 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 :

7. Anticipated expenditure of the treatment
under going/recommended :

8. Remarks :

Office Seal

Signature & Name of the
Head of the Hospital with Designation