

# കാരുണ്യ ബെനവലന്റ് ഫണ്ട് ചികിത്സാ ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷ

(നിലവിൽ സർക്കാർ/അക്രഡിറ്റഡ് ആശുപത്രിയിൽ ചികിത്സയിൽ കഴിയുന്നവരും അടിയന്തിരഘട്ടങ്ങളിൽ മുൻകൂർ അനുവാദം കൂടാതെ സർക്കാർ ആശുപത്രികളിൽ ചികിത്സ തേടിയിട്ടുള്ളവരും ബന്ധപ്പെട്ട ജില്ലാ ഭാഗ്യകിറി ഓഫീസിൽ സമർപ്പിക്കേണ്ട അപേക്ഷാഫാറം)

1. ഗുണഭോക്താവിന്റെ പേര്  2. പുരുഷൻ/സ്ത്രീ

3. മേൽവിലാസം: വീട്ട് പേര്  വാർഡും/വീട്ട് നമ്പരും

പ്രദേശം/വില്ലേജ്  ഗ്രാമപഞ്ചായത്ത്/നഗരസഭ

പോസ്റ്റ്  പിൻകോഡ്

താലൂക്ക്  ജില്ല  ഫോൺ നം.

4. വയസ്സ്  5. തൊഴിൽ  6. വാർഷിക കുടുംബ വരുമാനം

7. അച്ഛന്റെ/അമ്മയുടെ/ഭർത്താവിന്റെ പേര്

8. റേഷൻ കാർഡ് നമ്പർ  9. APL/BPL  10. ആധാർ നമ്പർ

11. RSBY / CHIS + തിരിച്ചറിയൽ നമ്പർ

12. രോഗിയല്ല അപേക്ഷിക്കുന്നതെങ്കിൽ -  
അപേക്ഷകന്റെ പേര്  രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം

13. രോഗവിവരം

14. ചികിത്സ നടത്തുന്ന ആശുപത്രിയുടെ പേര്   
മേൽവിലാസം

15. ചികിത്സയുടെ കാലദൈർഘ്യം  16. ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ചോ?

17. പ്രവേശിപ്പിച്ചെങ്കിൽ തീയതി  18. ഐ.പി. നമ്പർ

19. ചികിത്സ ഇപ്പോഴും തുടരുന്നുണ്ടോ?   
19. എ. ഉണ്ടെങ്കിൽ വിശദവിവരം

19. ബി. ഓപ്പറേഷൻ തീയതി  19. സി. വിടുതൽ ചെയ്ത തീയതി

20. ചികിത്സാചിലവ് കണക്കാക്കി ആശുപത്രിയിൽ നിന്നും ലഭിച്ച എസ്റ്റിമേറ്റ് തുക രൂ.

21. ഗവ. സ്കീമിൽ ചികിത്സാ ചെലവ് റീഇംബേഴ്സ്മെന്റ്/RSBY/ CHIS +, മുഖ്യമന്ത്രി/പ്രധാനമന്ത്രിയുടെ ചികിത്സാസഹായനിധി തുടങ്ങിയവയിൽ നിന്ന് സാമ്പത്തിക സഹായം ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട്/ഇല്ല

22. ചികിത്സാധനസഹായം ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ലഭിച്ച തുകയുടെ വിവരങ്ങൾ:  
RSBY  CHIS plus  മറ്റു സ്കീമുകൾ  ആകെ

23. കാര്യം ഫണ്ടിലേക്ക് അപേക്ഷിക്കുന്ന തുക രൂപ

24. ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്നതിനായി അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഹാജരാക്കിയ രേഖകൾ -

- 1. റേഷൻ കാർഡ് പകർപ്പ് (പേജ് 1,2,3,22)
- 2. ചികിത്സാ ചിലവ് എസ്റ്റിമേറ്റ്
- 3. രോഗിയും കുടുംബാംഗങ്ങളും വീട് കാണത്തക്ക വിധം വീടിന് മുന്നിൽ നിന്നെടുത്ത കളർ ഫോട്ടോ
- 4. മറ്റ് രേഖകൾ (വ്യക്തമാക്കുക)

**സത്യപ്രസ്താവന**

മേൽപറഞ്ഞ വിവരങ്ങളെല്ലാം എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും സത്യമാണെന്നും ഈ പദ്ധതി പ്രകാരം എനിക്കോ എന്റെ കുടുംബത്തിലെ മറ്റംഗങ്ങൾക്കോ ചികിത്സാ ധനസഹായം ലഭിച്ചിട്ടില്ലെന്നും കോളം 6-ൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള വാർഷിക കുടുംബവരുമാനം എന്തെങ്കിലും കാരണവശാൽ തെറ്റാണെന്ന് ബോധ്യപ്പെട്ടാൽ ഈ പദ്ധതിപ്രകാരം കൈപ്പറ്റിയ മുഴുവൻ തുകയും 12% പലിശ സഹിതം ഒറ്റവണയായി തിരിച്ചടച്ചു കൊള്ളാമെന്നും തുക തിരിച്ചടയ്ക്കുന്നതിൽ വീഴ്ചവരുത്തിയാൽ നിയമ നടപടികളിലൂടെ സർക്കാരിനു ലഭിക്കേണ്ട തുക വസൂലാക്കുവാൻ സമ്മതമാണെന്നും ബോധിപ്പിച്ചു കൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം : അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ്/വിരലടയാളം  
തീയതി : പേര്

**ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന്**

അപേക്ഷ കൈപ്പറ്റിയ തീയതി :  ഡേറ്റു എൻട്രി വരുത്തിയ തീയതി :   
ഡേറ്റു എൻട്രി നടത്തിയപ്പോൾ ലഭിച്ച ഐ.ഡി. നമ്പർ  ജില്ലാതല കമ്മിറ്റിയ്ക്ക് സമർപ്പിച്ച തീയതി

ഈ റേഷൻകാർഡിൽ മുൻപ് ധനസഹായം അനുവദിച്ചിട്ടുണ്ട് / അനുവദിച്ചിട്ടില്ല.

അനുവദിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ മുൻപ് അനുവദിച്ച തുക :

**ജില്ലാ ഭാഗ്യക്കുറി ഓഫീസർ**

**ജില്ലാതല കമ്മിറ്റിയുടെ തീരുമാനം**

തീരുമാനം നം. ....തീയതി .....

- a. അപേക്ഷ അനുവദിക്കാവുന്നതാണ്.
  - .....രൂപ ചികിത്സാധനസഹായമായി താഴെ പറയുന്ന ചികിത്സാ പാക്കേജിൽ ഉൾപ്പെടുത്തി അനുവദിക്കുവാൻ ശുപാർശ ചെയ്യുന്നു.
  - 1)
  - 2)
- b. താഴെപറയുന്ന കാരണങ്ങളാൽ അപേക്ഷ നിരസിക്കുന്നു.
  - 1)
  - 2)

സ്ഥലം ജില്ലാ കളക്ടർ (കമ്മിറ്റി ചെയർമാൻ)  
തീയതി

\*രോഗി സ്ഥിരതാമസമുള്ള/റേഷൻകാർഡുള്ള ജില്ലയിലെ ജില്ലാഭാഗ്യക്കുറി ഓഫീസർക്കാണ് അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കേണ്ടത്.