

# കാരുണ്യ ബെനവലന്റ് ഫണ്ട്

FORM-5A Ver.1.02

## സാക്ഷ്യപത്രം

(ഗുണഭോക്താവിൽ നിന്നും വാങ്ങേണ്ടത്)

..... ടി നമ്പർ ഉത്തരവ് പ്രകാരം .....-ടി തീയതി  
എനിക്ക്/ എന്റെ ബന്ധുവായ ..... പേർക്ക് കാരുണ്യ ബെന  
വലന്റ് ഫണ്ടിൽ നിന്നും ..... രോഗചികിത്സ  
യ്ക്കായി ..... ആശുപത്രിയിലേക്ക്

\* അനുവദിച്ചിരുന്ന ചികിത്സാ ധനസഹായമായ രൂ ...../- (.....  
..... രൂപ മാത്രം) എന്റെ / \*\*ടിയാന്റെ ചികിത്സ  
യ്ക്കായി പൂർണ്ണമായും പ്രസ്തുത ആശുപത്രിയിൽ നിന്നും ചെലവഴിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ  
സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

\* അനുവദിച്ചിരുന്ന ചികിത്സാ ധനസഹായമായ രൂ ...../- (.....  
..... രൂപ) യിൽ എന്റെ / \*\*ടിയാന്റെ ചികിത്സ  
യ്ക്കായി ഭാഗികമായി ..... രൂപ മാത്രം പ്രസ്തുത ആശുപത്രിയിൽ നിന്നും  
ചെലവഴിച്ചിട്ടുണ്ട് എന്ന് ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

ഒപ്പ്/വിരലടയാളം

സ്ഥലം

പേര്

തീയതി

പൂർണ്ണമായ മേൽവിലാസം

\* ബാധകമല്ലാത്തത് വെട്ടിക്കളയുക.

\*\* ചികിത്സക്കിടെ രോഗി മരിച്ചു പോകുകയോ രോഗിക്ക് അസുഖമുലം സ്വബോധത്തോടുകൂടി  
സാക്ഷ്യപത്രം ഒപ്പിടാൻ സാധിക്കാതെ വരുകയോ ചെയ്താൽ രോഗിയുടെ പിതാവ് / മാതാവ് / ഭാര്യ /  
ഭർത്താവ് / മക്കൾ / സഹോദരങ്ങൾ എന്നിവരിൽ ആർക്കെങ്കിലും സാക്ഷ്യപത്രം ഒപ്പിടുന്നതല്ലാതെ  
സാക്ഷ്യപത്രം ഒപ്പിടുന്നതല്ലാതെ രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം വ്യക്തമാക്കിയിരിക്കണം.