

ചികിത്സാസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷ www.joyalukkasfoundation.in

A. രോഗിയുടെ വിവരങ്ങൾ

1. പേര്.....
2. വിലാസം
- പിൻ.....
3. ഫോൺ വയസ്സ് ജില്ല
4. രോഗം
5. പുരുഷനോ സ്ത്രീയോ മതം: ഹിന്ദു മുസ്ലീം ക്രിസ്ത്യാനി
6. വിവാഹിത/ൻ: ആണ് അല്ല കുട്ടികളുടെ എണ്ണം
7. തൊഴിൽ: ഉണ്ട് ഇല്ല മാസവരുമാനം
8. വീട്ടിൽ അംഗങ്ങളുടെ എണ്ണം വാർഷിക കുടുംബ വരുമാനം
9. വീട് സ്വന്തം : ഉണ്ട് ഇല്ല
10. ജോയ് ആലുക്കാസ് ഫൗണ്ടേഷന്റെ സഹായധനം മുമ്പ് ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട് ഇല്ല

ഇവിടെ
ഫോട്ടോ
പതിക്കുക

മുകളിൽ കൊടുത്തിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ പൂർണ്ണവും സത്യവുമാണെന്ന് ഉറപ്പു നൽകുന്നു.

അപേക്ഷകന്റെ പേര്

തിയ്യതി രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം

B

1. രോഗവിവരം (ഡോക്ടർ പുരിപ്പിക്കേണ്ടത്)

.....
.....
.....

2. ചികിത്സാചിലവ് (ഉദ്ദേശം)

പ്രതിമാസം
OR
ആകെ

3. ഡോക്ടറുടെ പേര്

4. ആശുപത്രി സീൽ

ഒപ്പ്

C

1) വാർഡ്മെമ്പറുടെ /

ശുപാർശ.....

.....

.....

2) പേര് സീൽ

ഒപ്പ്

NB: രോഗിയുടെ ഫോട്ടോ യഥാസ്ഥാനത്ത് ഒട്ടിച്ചിരിക്കണം.
നേഷൻകാർഡിന്റെ കോപ്പി അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഉണ്ടായിരിക്കണം.
വിവരങ്ങൾ പൂർണ്ണമല്ലെങ്കിൽ, അപേക്ഷ പരിഗണിക്കുന്നതല്ല.

FOR OFFICE USE

Date of Issue :

Amount Sanctioned: Rs

Date of Receipt :

Check Received by :

Signature

Signature

Date :