



റിലീഫ് സെൽ

SKSSF സംസ്ഥാന കമ്മിറ്റി

ഇസ്ലാമിക് സെന്റർ, കോഴിക്കോട് - 2. ഫോൺ: 0495 - 2700177

അപേക്ഷാ ഫോറം

അപേക്ഷകന്റെ പേര്	<input type="text"/>	ക്രമനമ്പർ	<input type="text"/>
മേൽവിലാസം	<input type="text"/>	ഫോൺ	<input type="text"/>
		ശാഖാ അംഗീകാര നമ്പർ	<input type="text"/>

ശാഖ	മഹല്ല	ക്ലസ്റ്റർ	മേഖല	ജില്ല
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

സംഘടനാ ബന്ധം	<input type="text"/>	രോഗി എസ്.കെ.എസ്.എസ്.എഫ് പ്രവർത്തകനാണെങ്കിൽ മെമ്പർഷിപ്പ് നമ്പർ	<input type="text"/>
--------------	----------------------	---	----------------------

അടുത്തുള്ള സഹചാരി സെന്റർ

രോഗം	രോഗത്തിന്റെ പഴക്കം	ചികിത്സിക്കുന്ന ആശുപത്രി
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

മറ്റു വിവരങ്ങൾ

സാമ്പത്തിക നില	വരുമാന മാർഗ്ഗങ്ങൾ	വാർഷിക വരുമാനം
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

കുടുംബാംഗങ്ങൾ	തൊഴിൽ	വയസ്സ്
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

സാക്ഷ്യപത്രം

മേൽ വിവരിച്ച കാര്യങ്ങൾ പൂർണ്ണമായും സത്യമാണെന്നും അതുപ്രകാരം സഹചാരി റിലീഫ് സെല്ലിന്റെ സഹായം അനുവദിക്കണമെന്നും ഇതിനാൽ അപേക്ഷിക്കുന്നു.

അപേക്ഷകന്റെ പേര്, ഒപ്പ്

പൂർണ്ണമായും പുരിപ്പിച്ച അപേക്ഷയും തിരിച്ചറിയൽ കാർഡിന്റെ കോപ്പിയും എസ്.കെ.എസ്.എസ്.എഫ് ശാഖാ സെക്രട്ടറിയെ ഏൽപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. ശാഖ സെക്രട്ടറി കമ്മിറ്റിയുടെ ലെറ്റർഹെഡിൽ ശുപാർശക്കത്തെയുതി ഒപ്പും സീലും വെക്കണം. അപേക്ഷകൻ ഒപ്പുവെച്ച ശേഷമുള്ള കാര്യങ്ങൾ ശാഖാ സെക്രട്ടറി ചെയ്യണം. ജില്ലാ സെക്രട്ടറി ഒപ്പും സീലും വെച്ച ശേഷം സംസ്ഥാന ഓഫീസിൽ എത്തിക്കേണ്ടതാണ്. **മുഴുവനായും പുരിപ്പിക്കാത്ത അപേക്ഷകൾ സ്വീകരിക്കുന്നതല്ല.** തുക അനുവദിച്ചാൽ ഓഫീസിൽനിന്ന് ഫോണിൽ വിളിച്ച് അറിയിക്കുന്നതും സംഖ്യ ബാങ്കിൽ നിക്ഷേപിക്കുന്നതുമാണ്. അനുവദിക്കുന്ന തുകയും വിശദാംശങ്ങളും www.skssf.in എന്ന വെബ്സൈറ്റിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതാണ്.

(മറുപുറം)

രോഗിയുടേയോ രോഗി ചുമതലപ്പെടുത്തുന്ന വ്യക്തിയുടേയോ ബാങ്ക് എക്കൗണ്ട് മുഖേന ധനസഹായം നൽകുന്നതാണ്.

പേര് (ഇംഗ്ലീഷിൽ)
(രോഗിയല്ലെങ്കിൽ രോഗി ചുമതല
പ്പെടുത്തുന്ന വ്യക്തി, ഫോൺ)

അക്കൗണ്ട് നമ്പർ

ബേങ്ക്

ബ്രാഞ്ച്

IFSC

ശാഖാ സെക്രട്ടറിയുടെ പേര്:

ഫോൺ നമ്പർ: മെമ്പർഷിപ്പ് നമ്പർ:

പൂർണ്ണ വിലാസം ഒപ്പ് :

ജില്ലാ ജനറൽ സെക്രട്ടറിയുടെ പേര്:

ഫോൺ: തിയ്യതി: / / ഒപ്പ് :

സഹചാരി സെന്റർ കോ-ഓർഡിനേറ്ററുടെ പേര് :

ഫോൺ: ഒപ്പ് :

രോഗിയെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടറുടെ സംക്ഷിപ്ത റിപ്പോർട്ട്

ഡോക്ടറുടെ പേര്, ഒപ്പ്, സീൽ

ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന്

യോഗ തീരുമാനം	<input type="checkbox"/>	കാൻസർ	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																									
	<input type="checkbox"/>	ഹൃദ്രോഗം																										
	<input type="checkbox"/>	ഡയാലിസിസ്																										
	<input type="checkbox"/>	കിഡ്നി മാറ്റിവെക്കൽ																										
	<input type="checkbox"/>	മറ്റുള്ളവ																										

ജന. കൺവീനർ:

സംഖ്യ അക്ഷരത്തിൽ

.....

ഓഫീസ് നടപടികൾ

വൗച്ചർ നമ്പർ	തിയ്യതി	സംഖ്യ

ഓഫീസ് സെക്രട്ടറി

പേര് :

ഒപ്പ് :