

സാമ്പത്തിക സഹായ അപേക്ഷാഫോറം

1. അപേക്ഷകന്റെ പേരും പൂർണ്ണമായ മേൽവിലാസവും :

2. വയസ്സ് :

3. അച്ഛന്റെ/അമ്മയുടെ/ദർത്താവിന്റെ പേര് :

4. അപേക്ഷകൻ പ്രായപൂർത്തി ആകാത്തവനോ ബുദ്ധിക്ക് സ്ഥിരത ഇല്ലാത്തവനോ ആണെങ്കിൽ രക്ഷകർത്താവിന്റെ പേരും പൂർണ്ണമായ മേൽവിലാസവും :

5. താമസിക്കുന്ന സ്ഥലവും എത്രകാലമായി അവിടെ താമസിക്കുന്നുവെന്നും :

6. ഏതുവിഭാഗത്തിൽപ്പെട്ട സഹായത്തിനുവേണ്ടിയാണ് അപേക്ഷിക്കുന്നതെന്ന് (ആവശ്യമില്ലാത്ത ഭാഗം വെട്ടിക്കളയുക) : ക്യാൻസർ രോഗികൾക്കുള്ള സഹായം
കുഷ്ഠരോഗികൾക്കുള്ള സഹായം

7. പ്രതിജ്ഞ :
 - (I) ഞാൻ ഇതിനുമുമ്പ് സാമ്പത്തിക സഹായത്തിന് അപേക്ഷിച്ചിട്ടില്ല അല്ലെങ്കിൽ അപേക്ഷിച്ചിട്ടുണ്ട്. അതിന്മേൽ തീരുമാനം എന്തിർഭാഗം പ്രതിപാദിക്കുന്ന പ്രകാരം ആയിരുന്നു. (ആവശ്യമില്ലാത്ത ഭാഗം വെട്ടിക്കളയുക)
 - (II) എന്റെ കാലായുസ്സിൽ യാതൊരുമാർഗ്ഗവുമില്ല.
 - (III) താഴെ വിവരിക്കുന്ന ബന്ധുക്കൾ എനിക്കുണ്ട് അച്ഛൻ/അമ്മ/ദർത്താവ്/ഭാര്യ/മകൻ/മകന്റെ മകൻ (ആവശ്യമില്ലാത്ത ഭാഗം വെട്ടിക്കളയുക)
 - (IV) മുകളിൽ വിവരിച്ചിട്ടുള്ള ബന്ധുക്കളിൽ ആർക്കും പ്രതിമാസം രൂപയിൽ കവിഞ്ഞ വരുമാനമില്ല
 - (V) ഞാൻ കേരളീയനാണ്
 - (VI) ഗവൺമേണ്ടിൽ നിന്നോ മറ്റു സ്ഥാപനങ്ങളിൽ നിന്നോ എനിക്ക് തുടർച്ചയായ ധനസഹായം ഒന്നും ലഭിക്കുന്നില്ല.
 - (VII) ഞാനിപ്പോൾ ഈ സംസ്ഥാനത്തുള്ള ഏതെങ്കിലും കുഷ്ഠരോഗാശുപത്രിയിലോ, സാനിട്ടോറിയത്തിലോ, ക്യാൻസർ വാർഡിലോ പ്രവേശിക്കപ്പെട്ട് ചികിത്സ നടത്തുന്നില്ല/നടത്തുന്നുണ്ട്
 - (VIII) മുകളിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന വസ്തുക്കൾ എല്ലാം സത്യമാണ്.

സ്ഥലം : _____

തിയ്യതി : _____ അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ്/വിരലടയാളം

8. അന്വേഷണ റിപ്പോർട്ട് റവന്യൂ ഇൻസ്പെക്ടർ/വില്ലേജ് ഓഫീസർ

മെഡിക്കൽ ഓഫീസറുടെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

അപേക്ഷ കക്ഷിയുടെ നടു സ്ഥലത്തുവെച്ചു പരിശോധിച്ചു. അപേക്ഷ കക്ഷി കുഷ്ഠരോഗ ബാധിതനാണ്/കുഷ്ഠരോഗ ബാധിതനല്ല, കാൻസർ രോഗ ബാധിതനാണ്/കാൻസർരോഗ ബാധിതനല്ല. അപേക്ഷ കക്ഷിക്ക് വർഷത്തെ ചികിത്സയെങ്കിലും ആവശ്യമാണ്/ആവശ്യമല്ല. അപേക്ഷ കക്ഷി ഇപ്പോൾ സംസ്ഥാനത്തിലെ ഏതെങ്കിലും കുഷ്ഠരോഗാശുപത്രിയിലോ, സംസ്ഥാന കാൻസർ വാർഡിലോ പ്രവേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടില്ല.

(അത്തരം ഏതെങ്കിലും സ്ഥാപനത്തിൽ പ്രവേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ആ വിവരം വിശദമായി നൽകുക)

സ്ഥലം :

തീയതി :

ഓഫീസ് മുദ്ര :

ഒപ്പ് :

മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ: