

സംസ്ഥാന ന്യൂനപക്ഷ ക്ഷേമ വകുപ്പ്
കേരള മദ്രസ്സാധ്യാപക ക്ഷേമനിധി ഓഫീസ്
 പുതിയറ, കോഴിക്കോട്-673 004
ഫോൺ. 0495 2720577 Website: <http://mtwfs.kerala.gov.in/>

ഫാറം-4

ചികിത്സാ ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷ

1	അപേക്ഷകന്റെ പേര്	
2	പൂർണ്ണമായ മേൽവിലാസം	പിൻകോഡ്.
3	ജില്ല	
4	ഫോൺ നമ്പർ	
5	അംഗത്വ നമ്പർ	
6	അംഗത്വ പ്രാബല്യതീയതി	
7	ആദ്യമായി അംശദായം അടവാക്കിയ തീയതി, അടച്ച സംഖ്യ രൂപയിൽ	
8	ഇപ്പോൾ ജോലി ചെയ്യുന്ന മദ്രസ്സയുടെ പേര്, വിലാസം, ഫോൺ നമ്പർ	
9	ക്ഷേമനിധി അംഗത്വ കാലാവധിവർഷം മാസം
10	രോഗവിവരം	
11	ചികിത്സിച്ച ആശുപത്രിയുടെ പേര്, ഒ.പി.നമ്പർ	
12	ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ച തീയതി	
13	ആശുപത്രിയിൽ നിന്നും ഡിസ്ചാർജ്ജ് ചെയ്ത തീയതി	
14	ചികിത്സയ്ക്ക് ചെലവായ ആകെ തുക	

15	ടി രോഗവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് സർക്കാരിൽ നിന്ന് ധനസഹായം ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ വിശദവിവരങ്ങൾ		
16	ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് വിവരങ്ങൾ	അക്കൗണ്ട് നമ്പർ	
		ബാങ്കിന്റെ പേര്	
		ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്	
		IFSC നമ്പർ	

സത്യപ്രസ്താവന

അപേക്ഷയിലും അപേക്ഷയോടൊപ്പമുള്ള സാക്ഷ്യപത്രങ്ങളിലും കാണിച്ചിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും പൂർണ്ണമായും സത്യമാണെന്ന് ഇതിനാൽ ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

സ്ഥലം.

തീയതി.

അപേക്ഷന്റെ ഒപ്പും, പേരും

**ആഫീസ് ഉപയോഗത്തിന്
ക്ഷേമനിധി മാനേജരുടെ ശുപാർശ**

ശ്രീ./ശ്രീമതി.....അംഗത്വനമ്പർ.....
അംഗത്വകാലാവധി.....(അപേക്ഷാ തീയതിയിൽ)വർഷം.....മാസം
പൂർത്തീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. ടിയാൻ --- മുതൽ --- വരെ ആകെ..... രൂപ
അംശദായമായി അടവാക്കിയിട്ടുണ്ട്. ടിയാന് ചികിത്സാ ധനസഹായമായിരൂപ
(.....)അനുവദിക്കുന്നതിന്
ശുപാർശ ചെയ്യുന്നു.

മാനേജർ

അംഗീകാരം നൽകുന്ന അധികാരിയുടെ ഉത്തരവ്

.....നമ്പർ പ്രകാരം മദ്രസ്സാധ്യാപക ക്ഷേമനിധിയിൽ അംഗമായ
ശ്രീ./ശ്രീമതി.....ന് ചികിത്സാ ധനസഹായമായി
.....രൂപ അനുവദിച്ച് ഉത്തരവാകുന്നു.

അഡ്മിനിസ്ട്രേറ്റീവ് ആഫീസർ /ഫിനാൻസ് ആഫീസർ / ഡയറക്ടർ

(അനുബന്ധം - 1)

രോഗവിവരം തെളിയിക്കുന്നതിനുള്ള സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

(ചികിത്സ നടത്തി വരുന്ന ആശുപത്രിയിലെ ഡോക്ടർ പൂരിപ്പിച്ച് ഒപ്പും മുദ്രയും പതിക്കണം)

ശ്രീ.ശ്രീമതി.....വയസ്സ്

വീടുപേര്

.....

.....എന്നയാൾക്ക്.....

.....രോഗമാണെന്നും ടി രോഗത്തിന് തുടർച്ചയായ ചികിത്സ/ സർജറി

വേണ്ടി വരമെന്നും / സർജറി കഴിഞ്ഞിട്ടുണ്ടെന്നും ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

തീയതി

ആശുപത്രി മുദ്ര

ഡോക്ടറുടെ പേരും ഒപ്പും

നിർദ്ദേശങ്ങളും നിബന്ധനകളും

1. ക്ഷേമനിധിയിൽ അംഗത്വമെടുത്ത് 2 വർഷം പൂർത്തിയായവർക്ക് മാത്രമാണ് ധനസഹായത്തിന് അർഹത. അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കുന്നതിന്റെ തൊട്ടുമുമ്പത്തെ മാസം വരെയുള്ള അംശദായം അടവാക്കിയിരിക്കണം
2. അംഗത്തിന്റെ ചികിത്സക്ക് മാത്രമാണ് ധനസഹായം അനുവദിക്കുക
3. കാൻസർ, ബൈപാസ് സർജറി, ആഞ്ജിയോപ്ലാസ്റ്റി, കിഡ്നി / കരൾ മാറ്റിവെക്കൽ, പക്ഷാഘാതം, മറ്റ് മേജർ ഓപ്പറേഷൻ എന്നീ ഗുരുതര രോഗങ്ങൾക്കുള്ള ചികിത്സയ്ക്ക് 25000/- രൂപ വരെയും അപകടങ്ങൾക്കും മറ്റ് അസുഖങ്ങൾക്കുമുള്ള ചികിത്സയ്ക്ക് 5000/- രൂപവരെയും അനുവദിക്കുന്നതാണ്.
4. ജീവിതശൈലീരോഗങ്ങൾ ഉൾപ്പെടെ സർക്കാർ ആശുപത്രികളിൽ നിന്നും സൗജന്യമായി ചികിത്സ ലഭിക്കുന്ന രോഗങ്ങൾക്ക് ധനസഹായം ലഭിക്കുകയില്ല.
5. ചികിത്സക്ക് വിധേയനായ അംഗം 3 മാസത്തിനുള്ളിൽ അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
6. അപേക്ഷയോടൊപ്പം ചികിത്സാ ചെലവുകളുടെ അസ്സൽ ബില്ലുകൾ ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്. ടി ബില്ലുകളിൽ അപേക്ഷകൻ "നൽകി" അല്ലെങ്കിൽ "Paid" എന്നെഴുതി സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തേണ്ടതും ബില്ലിന്റെ പുറക് വശത്ത് ചികിത്സിച്ച ഡോക്ടർ ഒപ്പിട്ട് സീൽവെക്കേണ്ടതുമാണ്.
7. അപേക്ഷയോടൊപ്പം ക്ഷേമനിധി ഐഡൻഡിറ്റി കാർഡിന്റെ പകർപ്പ്, അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കുന്നതിന് തൊട്ടുമുമ്പത്തെ മാസം വരെ അംശദായം അടവാക്കിയതിന്റെ രസീതിന്റെ പകർപ്പുകൾ, ബാങ്ക് ബുക്കിന്റെ ആദ്യപേജിന്റെ പകർപ്പ് എന്നിവ സഹിതം **മാനേജർ, കേരള മദ്രസ്സാദ്ധ്യാപക ക്ഷേമനിധി ഓഫീസ്, പുതിയറ, കോഴിക്കോട് - 673004** എന്ന വിലാസത്തിൽ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
8. സംശയ നിവാരണത്തിനായി 0495 2720577 എന്ന നമ്പറിൽ വിളിക്കാവുന്നതോ, mtpwfo@gmail.com എന്ന വിലാസത്തിൽ ഇമെയിൽ ചെയ്യാവുന്നതോ ആണ്.
