

കേരള മദ്രസ്സാധ്യാപക ക്ഷേമനിധി ബോർഡ്

കെ.യു.ആർ.ഡി.എഫ്.സി കെട്ടിടം രണ്ടാം നില, ചക്കോരത്ത് കുളം

കോഴിക്കോട് 673005, ഫോൺ 0495 2966577

ഇമെയിൽ kmtboardoffice@gmail.com

വെബ്സൈറ്റ് www.kmtboard.in

ഫോം- 7

ചികിത്സ ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷ

1	അപേക്ഷകന്റെ പേര്	
2	പൂർണ്ണമായ മേൽവിലാസം	പിൻകോഡ്.
3	ജില്ല	
4	ഫോൺ നമ്പർ	
5	അംഗത്വ നമ്പർ	
6	ആധാർ നമ്പർ	
7	അംഗത്വ പ്രാബല്യതീയതി	
8	ആദ്യമായി അംശദായം അടവാക്കിയ തീയതി, അടച്ച സംഖ്യ	
9	ഇപ്പോൾ സേവനമനുഷ്ഠിക്കുന്ന മദ്രസ്സയുടെ പേര്, വിലാസം ഫോൺനമ്പർ(സെക്രട്ടറി/പ്രസിഡണ്ട്)	
10	ക്ഷേമനിധി അംഗത്വ കാലാവധിവർഷംമാസം
11	രോഗവിവരം	
12	ചികിത്സിച്ച ആശുപത്രിയുടെ പേര്, ഒ.പി.നമ്പർ	
13	ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ച തീയതി	

14	ആശുപത്രിയിൽ നിന്നും ഡിസ്ചാർജ്ജ് ചെയ്ത തീയതി									
15	ചികിത്സയ്ക്ക് ചെലവായ ആകെ തുക									
16	സർക്കാരിൽ നിന്നോ / ക്ഷേമനിധിയിൽ നിന്നോ മറ്റു ഏജൻസികളിൽ നിന്നോ എന്തെങ്കിലും ചികിത്സാ ധനസഹായം ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടോ									
17	ക്ഷേമനിധിയിൽ മറ്റേതെങ്കിലും ധനസഹായങ്ങൾ സ്വീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ <input checked="" type="checkbox"/> ചെയ്യുകയും തുക രേഖപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുക	<table border="1"> <tr> <td>കോവിഡ്</td> </tr> <tr> <td>സ്കോളർഷിപ്പ്</td> </tr> <tr> <td>ചികിത്സാധനസഹായം</td> </tr> <tr> <td>പ്രസവാനുകൂല്യം</td> </tr> <tr> <td>മറ്റുള്ളവ (പദ്ധതിയുടെ പേര് വ്യക്തമാക്കണം)</td> </tr> </table>	കോവിഡ്	സ്കോളർഷിപ്പ്	ചികിത്സാധനസഹായം	പ്രസവാനുകൂല്യം	മറ്റുള്ളവ (പദ്ധതിയുടെ പേര് വ്യക്തമാക്കണം)			
കോവിഡ്										
സ്കോളർഷിപ്പ്										
ചികിത്സാധനസഹായം										
പ്രസവാനുകൂല്യം										
മറ്റുള്ളവ (പദ്ധതിയുടെ പേര് വ്യക്തമാക്കണം)										
18	ക്ഷേമനിധിയിലേക്ക് അവസാനമായി വിഹിതമടച്ച തീയതിയും തുകയും	വിഹിതമടച്ച തീയതി : തുക :								
19	ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് വിവരങ്ങൾ	<table border="1"> <tr> <td>അക്കൗണ്ട് നമ്പർ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ബാങ്കിന്റെ പേര്</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്</td> <td></td> </tr> <tr> <td>IFSC നമ്പർ</td> <td></td> </tr> </table>	അക്കൗണ്ട് നമ്പർ		ബാങ്കിന്റെ പേര്		ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്		IFSC നമ്പർ	
അക്കൗണ്ട് നമ്പർ										
ബാങ്കിന്റെ പേര്										
ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്										
IFSC നമ്പർ										

സത്യപ്രസ്താവന

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

സ്ഥലം.
തീയതി.

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പും, പേരും

(അനുബന്ധം - 1)

രോഗവിവരം തെളിയിക്കുന്നതിനുള്ള സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

(ചികിത്സ നടത്തി വരുന്ന ആശുപത്രിയിലെ ഡോക്ടർ പൂരിപ്പിച്ച് ഒപ്പും മുദ്രയും പതിക്കണം)

ശ്രീ.ശ്രീമതി.....വയസ്സ്
വിട്ടുപേര്
.....
.....എന്നയാൾക്ക്.....

.....രോഗമാണെന്നും ടി
രോഗത്തിന് തുടർച്ചയായ ചികിത്സ / സർജറി വേണ്ടി വരുമെന്നും /
സർജറി കഴിഞ്ഞിട്ടുണ്ടെന്നും ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

തീയതി

ആശുപത്രി മുദ്ര

ഡോക്ടറുടെ പേരും ഒപ്പും

ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന്

*അപേക്ഷ സ്വീകരിക്കുന്നു / തള്ളിക്കളഞ്ഞിരിക്കുന്നു

അപേക്ഷ രജിസ്റ്റർ നമ്പർ		അപേക്ഷ നിരസിക്കാനുള്ള കാരണം
ക്ഷേമനിധി അംഗത്വ നമ്പർ		
അംഗത്വ പ്രാബല്യ തീയതി		

സ്ഥലം:

തീയതി :

(ഓഫീസ് മുദ്ര)

ചീഫ് എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഓഫീസറുടെ

പേര് :

ഒപ്പ്:

നിർദ്ദേശങ്ങളും നിബന്ധനകളും

1. ക്ഷേമനിധിയിൽ അംഗത്വമെടുത്ത് 2 വർഷം പൂർത്തിയായ കുടിശ്ശികയിലാതെ വിഹിതമടയ്ക്കുന്ന അംഗങ്ങൾക്ക് മാത്രമാണ് ധനസഹായത്തിന് അർഹത. അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കുന്നതിന്റെ തൊട്ടുമുമ്പത്തെ മാസം വരെയുള്ള അംശദായം അടവാക്കിയിരിക്കണം.
2. അംഗത്തിന്റെ ചികിത്സക്ക് മാത്രമാണ് ധനസഹായം അനുവദിക്കുക.
3. കാൻസർ, ബൈപാസ് സർജറി, ആഞ്ചിയോപ്ലാസ്റ്റി, കിഡ്നി / കരൾ മാറ്റിവെക്കൽ, പക്ഷാഘാതം, മറ്റ് മേജർ ഓപ്പറേഷൻ എന്നീ ഗുരുതര രോഗങ്ങൾക്കുള്ള ചികിത്സയ്ക്കും, അപകടങ്ങളെ തുടർന്നുള്ള ചികിത്സയ്ക്കും 5000/- രൂപ മുതൽ 25000/- രൂപ വരെ അനുവദിക്കുന്നതാണ്.
4. ജീവിതശൈലീരോഗങ്ങൾക്കും സർക്കാർ ആശുപത്രികളിൽ നിന്നും സൗജന്യമായി ചികിത്സ ലഭിക്കുന്ന രോഗങ്ങൾക്കും, മറ്റ് സർക്കാർ ചികിത്സാധനസഹായത്തിന് അപേക്ഷിച്ചവർക്കും ധനസഹായം ലഭിക്കുകയില്ല.
5. ചികിത്സാ ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷകൾ ചികിത്സ തുടങ്ങുന്നതിന് മുമ്പോ ചികിത്സ കഴിഞ്ഞ് 6 മാസത്തിനകമോ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
6. അപേക്ഷയോടൊപ്പം ചികിത്സാ ചെലവുകളുടെ അസ്സൽ ബില്ലുകൾ നിർബന്ധമായും ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്. ടി ബില്ലുകളിൽ അപേക്ഷകന് "നൽകി" അല്ലെങ്കിൽ "Paid" എന്നെഴുതി സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തേണ്ടതും ബില്ലിന്റെ പുറക് വശത്ത് ചികിത്സിച്ച ഡോക്ടർ ഒപ്പിട്ട് സീൽവെക്കേണ്ടതുമാണ്. ഐ.പി/ഒ.പി ടിക്കറ്റ്, ഡിസ്ചാർജ്ജ് സമ്മറി എന്നിവ ചികിത്സിച്ച ആശുപത്രിയിലെ ഡോക്ടർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്. ഡോക്ടർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ രേഖകൾ മാത്രമെ സ്വീകരിക്കുകയുള്ളൂ.
7. അപേക്ഷയോടൊപ്പം ക്ഷേമനിധി ഐഡൻറിറ്റി കാർഡിന്റെ പകർപ്പ്, അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കുന്നതിന് തൊട്ടുമുമ്പത്തെ മാസം വരെ അംശദായം അടവാക്കിയതിന്റെ രസീതിന്റെ പകർപ്പുകൾ, ബാങ്ക് പാസ്സ് ബുക്കിന്റ് ആദ്യ പേജിന്റെ പകർപ്പ്, സർക്കാർ അംഗീകൃത മെഡിക്കൽ ഓഫീസറുടെ സാക്ഷ്യപത്രം, ബില്ലുകൾ എന്നിവ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. അപൂർണ്ണവും അനുബന്ധരേഖകളില്ലാത്തതുമായ അപേക്ഷകൾ നിരുപാധികം നിരസിക്കുന്നതാണ്.
8. അപേക്ഷകൾ ചീഫ് എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഓഫീസർ, കേരള മദ്രസ്സാധ്യാപക ക്ഷേമനിധി ബോർഡ്, കെ.യു.ആർ.ഡി.എഫ്.സി കെട്ടിടം രണ്ടാം നില, ചക്കോരത്ത്കുളം, വെസ്റ്റ് ഹിൽ പി.ഒ , കോഴിക്കോട് 673005 എന്ന വിലാസത്തിൽ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
9. സംശയ നിവാരണത്തിനായി 0495-2966577 എന്ന ഓഫീസ് നമ്പറിലോ അത്യാവശ്യ കാര്യങ്ങൾക്ക് ചീഫ് എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഓഫീസറുടെ 9188230577 എന്ന മൊബൈൽ നമ്പറിലോ ബന്ധപ്പെടാവുന്നതാണ്. ഇ-മെയിൽ വിലാസം-mtpwfo@gmail.com, വെബ്സൈറ്റ് www.kmtbord.in
