

KAF CARE

FORM E- പ്രസവാനന്തര ധനസഹായത്തിനായുള്ള അപേക്ഷ

1. അപേക്ഷകയുടെ പേര്: _____

2. KAF ID No: _____

3. വിലാസം: _____

_____. Mob _____

4. മേഖല:- _____ ജില്ല:- _____ PINCODE _____

5. പ്രസവ തീയതി(കുട്ടി ജനിച്ച തീയതി): ____ / ____ / 20____

6. ബാങ്ക് വിവരങ്ങൾ:

(a) അക്കൗണ്ട് ഉടമയുടെ പേര്: _____

(b) അക്കൗണ്ട് നമ്പർ : _____

(c) IFSC - : _____

(d) ബാങ്കിന്റെ പേര് : _____

(e) ബ്രാഞ്ച്: : _____

7. അപേക്ഷയോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ട രേഖകൾ

(a) ആശുപത്രിയിലെ ഡിസ്ചാർജ് സമ്മറി (Discharge Summary)

(b) കുട്ടിയുടെ ജനന സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

(c) ബാങ്ക് പാസ് ബുക്കിന്റെ കോപ്പി

സ്ഥലം: _____

ഒപ്പ്: _____

തീയതി: ____ / ____ / 20____

പേര്: _____

ശുപാർശ

മേൽ നൽകിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങളും രേഖകളും പരിശോധിച്ചതിൽ ശരിയാണെന്ന് ബോധ്യപ്പെട്ടതിനാൽ അപേക്ഷ ധനസഹായത്തിനായി ശുപാർശ ചെയ്യുന്നു.

കൺവീനർ
(പേര്, ഒപ്പ്, സീൽ)