

KAF CARE

FORM A - രോഗ ചികിത്സാ ധനസഹായത്തിനായുള്ള അപേക്ഷ

1. അപേക്ഷകന്റെ/അപേക്ഷകയുടെ പേര്: _____

2.KAF ID No: _____

3. ജനന തീയതി: _____

4. വിലാസം: _____

Mob No _____

5. മേഖല: _____ ജില്ല: _____ PINCODE _____

6. രോഗ വിവരങ്ങൾ: _____

(b)admit തീയതി: ____ / ____ / 20__

(c)discharge തീയതി: ____ / ____ / 20__

(d) മറ്റ് വിവരങ്ങൾ/അഭിപ്രായം(ഉണ്ടെങ്കിൽ): _____

7..ബാങ്ക് വിവരങ്ങൾ:

(a) അക്കൗണ്ട് ഉടമയുടെ പേര്: _____

(b) അക്കൗണ്ട് നമ്പർ : _____

(c) IFSC : _____

(d) ബാങ്കിന്റെ പേര് : _____

(e) ബ്രാഞ്ച് : _____

9.അപേക്ഷയോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ട രേഖകൾ

(a)ഡിസ്ചാർജ് സമ്മതി (Discharge Summary):

(രോഗനിർണ്ണയം, നൽകിയ ചികിത്സ, ശസ്ത്രക്രിയയുടെവിശദാംശങ്ങൾ എന്നിവ ഇതിൽ ഉണ്ടായിരിക്കണം.)

(b) ആശുപത്രി ബിൽ, മെഡിസിൻ ബില്ലുകൾ, പേയ്മെന്റ് റെസീപ്റ്റുകൾ etc.

(c) ലാബ് പരിശോധനാ ഫലങ്ങൾ, X-Ray, Scan, ECG റിപ്പോർട്ടുകൾ etc.

(d) ഡോക്ടറുടെ നിർദ്ദേശം (Prescription): ലാബ് ടെസ്റ്റുകൾക്കും മരുന്നുകൾക്കും ഡോക്ടറുടെ നിർദ്ദേശ കത്തെ് വേണം.

(e) KAF ID Copy

(f) ബാങ്ക് പാസ് ബുക്കിന്റെ കോപ്പി

സ്ഥലം: _____

തീയതി: ____ / ____ / 20__

ഒപ്പ്:

പേര്: _____

മോണിറ്ററിങ് കമ്മിറ്റി ഉപയോഗങ്ങൾക്കായി.

- a. ആകെ ബിൽ തുക : _____
- b. റൂം വാടക : _____
- c. റൂം വാടക കിഴിച്ച് ബാക്കി തുക : _____
- d. നിശ്ചിത ശതമാന പ്രകാരമുള്ള തുക : _____
- e. മോണിറ്ററിങ് കമ്മിറ്റി ശുപാർശ ചെയ്യുന്ന തുക. : _____

■ പ്രത്യേക കേസ്സുകളിൽ ജനുവിനിറ്റിയും സാമ്പത്തിക അവസ്ഥയും മേഖലാ/ജില്ലാ തല അന്വേഷണം നടത്തി സമർപ്പിക്കുന്ന റിപ്പോർട്ട്:

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

കൺവീനർ
(പേര്, ഒപ്പ്, സീൽ)

സ്ഥലം: _____

തീയതി: __ / __ / 20__