**കേരള കര്‍ഷക തൊഴിലാളി ക്ഷേമനിധി ബോര്‍ഡ്, തൃശൂര്‍**

**ചികിത്‌സാ സഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷ**

1. അപേക്ഷകന്റെ പേരും മുഴുവന്‍

 മേല്‍ വിലാസവും :

 പിന്‍കോഡ്

2. അംഗത്വനമ്പര്‍ :

3. രജസ്‌ട്രേഷന്‍ തീയതി :

4. അംശാദായമടച്ച കാലം : ...................... മുതല്‍ ................ വരെ

5. ചികിത്‌സാ നടത്തുന്ന ആശുപത്രി :

7. ചികിത്സാ കാലയളവ് :

8. ഔട്ട് പേഷ്യന്റോ/ഇന്‍പേഷ്യന്‍റോ :

10. ഹാജരാക്കുന്ന ബില്ലുകള്‍ :

ബില്‍ നമ്പര്‍ തീയതി മെഡിക്കല്‍ ഷോപ്പ് സംഖ്യ

 ആകെ

11. മുമ്പ് ഈ ആനുകൂല്യം കൈപ്പറ്റിയിട്ടുണ്ടോ ?

 ഉണ്ടെങ്കില്‍ ആയതിന്റെ വിവരങ്ങള്‍ :

**സത്യപ്രസ്താവന**

 മേല്‍കാണിച്ച വിവരങ്ങള്‍ സത്യമാണെന്നും കേരള സംസ്ഥാനത്തെ മറ്റൊരു തൊഴിലാളി ക്ഷേമനിധിയില്‍ നിന്നും ചികിതസാ സഹായം ഞാന്‍ കൈപ്പറ്റിയിട്ടില്ലെന്നും ഇതിനാല്‍ ബോധ്യപ്പെടുത്തി ക്കൊള്ളുന്നു.

 പേര് :

 ഒപ്പ് :

സ്ഥലം :

തീയതി : വിരലടയാളം:

വെല്‍ഫെയര്‍ ഫണ്ട് ഓഫീസറുടെട ശുപാര്‍ശ

സ്ഥലം :

തീയതി :

 വെല്‍ഫെയര്‍ ഫണ്ട് ഓഫീസര്‍