



கைங்கர்யா அறக்கட்டளை

பிளாட் F1, "ஸ்ரேயஸ்" பிளாட் 76, இரண்டாவது தெரு, பாலாஜி நகர், ஆழ்வார்திரு நகர், சென்னை - 600 087. அலைபேசி : 89396 15903
மின்னஞ்சல் : kainkaryatrust@gmail.com

விண்ணப்ப எண்

M

மருத்துவ செலவுக்கான உதவித் தொகை விண்ணப்பம்

பயனாளர் விவரம்

1	பயனாளர் பெயர்	
2	பிறந்த தேதி	
3	பாலினம்	<input type="checkbox"/> ஆண் <input type="checkbox"/> பெண் <input type="checkbox"/> மற்றவை
4	*ஆதார் எண்	
5	நோயின் பெயர்	
6	சிகிச்சை பெறும் மருத்துவமனை / மருந்தகத்தின் பெயர் மற்றும் முகவரி	
7	மருத்துவமனையின் அலைபேசி எண் & மின்னஞ்சல்	
8	உள்ளநாயாளிக்கான அடையாள அட்டை (மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டிருந்தால்)	

பெற்றோர் / பாதுகாவலர் விவரம்

1	நோயாளியின் மனைவி / பெற்றோர் பெயர்	
2	நோயாளியுடனான உறவுமுறை	
3	முகவரி	
4	*ஆதார் எண்	
5	வேலை விவரம்	
6	வருமானம்	
7	சார்த்தவர்கள் எண்ணிக்கை	பெரியவர் _____ சிறியவர் _____
8	தொடர்பு விவரம்	அலைபேசி எண் _____ மின்னஞ்சல் _____

உதவி விபரங்கள்

1	தேவையான உதவித் தொகை	₹
---	---------------------	---

கட்டண விபரங்கள்

மருத்துவமனை / மருந்தக வங்கி கணக்கு எண்	வங்கியின் பெயர்	
	கிளை	
	கணக்கு எண்	
	IFSC எண்	

எனும் நான், மேலே வழங்கப்பட்ட விபரங்கள் சரியானவை மற்றும் உண்மை என்பதை நான் இதன் மூலம் உறுதிப்படுத்துகிறேன். உங்களின் மேலான பரிசீலனைக்கு கீழே பட்டியலிடப்பட்டுள்ள தேவையான ஆவணங்களை இணைக்கிறேன்.

தேதி : _____ நோயாளியின் கையொப்பம் _____ மனைவி / பெற்றோர் கையொப்பம் _____

அலுவலக உபயோகத்திற்கு

அனுமதிக்கப்பட்டத் தொகை : ₹. _____

நிர்வாக அறங்காவலர்

தேவையான ஆவணம்

- உதவி கோரிக்கை கடிதம் ஆதார் நகல் அறுவை சிகிச்சைக்கான செலவு சான்றிதழ்
 மருத்துவமனை முச்சார்க் சான்றிதழ் மருத்துவமனை / மருந்தகம் கணக்கு விபரங்கள் மருந்துக்கான மருந்து சீட்டு நகல்