



ALL KERALA PHOTOGRAPHERS' ASSOCIATION

Regd. No. E.R. 15/85

STATE COMMITTEE

Office : AKPA Bhavan, Arangath Cross Road, Palleppady, Ernakulam - 682 018. E-mail: akpasc@gmail.com. Website: www.akpa.in

എ.കെ.പി.എ. ക്ഷേമ പദ്ധതിയിലേക്ക് അംഗങ്ങൾക്കുള്ള ചികിത്സാ സഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷ

അപേക്ഷകന്റെ ഫോട്ടോ

എല്ലാ കോളങ്ങളും പൂരിപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

(Name in English capital letters as on Bank Pass Book)

1. ഗുണഭോക്താവിന്റെ പേര്:

2. പുരുഷൻ/സ്ത്രീ

3. മേൽവിലാസം: വീട്ടുപേര്

വാർഡും / വീട്ടു നമ്പരും

പ്രദേശം / വില്ലേജ്

ഗ്രാമപഞ്ചായത്ത്/നഗരസഭ

പോസ്റ്റ്

പിൻ കോഡ്

താലൂക്ക്

ജില്ല

ഫോൺ നമ്പർ

4. വയസ്സ്

5. എ.കെ.പി.എ. ഐ.ഡി. നമ്പർ

6. നോമിനിയുടെ പേര്

7. രോഗിയല്ല അപേക്ഷിക്കുന്നതെങ്കിൽ

അപേക്ഷകന്റെ പേര്

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം

8. രോഗ വിവരം

9. ചികിത്സ നടത്തുന്ന ആശുപത്രിയുടെ പേര് മേൽവിലാസം

10. ചികിത്സയുടെ കാലദൈർഘ്യം

11. ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ചോ

12. പ്രവേശിപ്പിച്ചുകിൽ തീയതി

13. ഐ.പി. നമ്പർ

14. ചികിത്സ ഇപ്പോഴും തുടരുന്നുണ്ടോ?

14. എ. ഉണ്ടെങ്കിൽ വിവരം

14. ബി. ഓപ്പറേഷൻ തീയതി

15. സി. വിടുതൽ ചെയ്ത തീയതി

16. ചികിത്സാ ചെലവ് കണക്കാക്കി ആശുപത്രിയിൽനിന്നും ലഭിച്ച എസ്റ്റിമേറ്റ് തുക രൂ.

സത്യപ്രസ്താവന

മേൽപറഞ്ഞ വിവരങ്ങളെല്ലാം എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും സത്യമാണെന്നും ഈ പദ്ധതി പ്രകാരം ഈ പ്രവർത്തനവർഷം എനിക്കോ എന്റെ കുടുംബത്തിനോ ചികിത്സാ ധനസഹായം ലഭിച്ചിട്ടില്ലെന്നും ബോധിപ്പിച്ചുകൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം : അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ് / വിരലടയാളം

തീയതി : പേര് :

മേൽപറഞ്ഞിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ എന്റെ അന്വേഷണത്തിൽ ശരിയാണെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

സ്ഥലം : യൂണിറ്റ് സെക്രട്ടറിയുടെ പേര്, ഒപ്പ്

തീയതി : ഫോൺ നമ്പർ: സീൽ

മേൽപറഞ്ഞിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ എന്റെ അന്വേഷണത്തിൽ ശരിയാണെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

സ്ഥലം : മേഖല സെക്രട്ടറിയുടെ പേര്, ഒപ്പ്

തീയതി : ഫോൺ നമ്പർ: സീൽ

മേൽപറഞ്ഞിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ എന്റെ അന്വേഷണത്തിൽ ശരിയാണെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

തൻ വർഷം മെമ്പർഷിപ്പ് അപ്ലോഡ് ചെയ്ത തീയതി :

സ്ഥലം : ജില്ലാ സെക്രട്ടറിയുടെ പേര്, ഒപ്പ്

തീയതി : ഫോൺ നമ്പർ: സീൽ

ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന്

അപേക്ഷ നൽകുന്ന തീയതി : അപേക്ഷ ജില്ലാ കമ്മിറ്റി സ്വീകരിച്ച തീയതി :

സംസ്ഥാന കമ്മിറ്റിക്ക് സമർപ്പിച്ച തീയതി : സംസ്ഥാന കമ്മിറ്റിയുടെ ഫയൽ നമ്പർ:

സംസ്ഥാന കമ്മിറ്റി

എ.കെ.പി.എ. ക്ഷേമ പദ്ധതിയുടെ കമ്മിറ്റി തീരുമാനം

എ) അപേക്ഷ അനുവദിക്കാവുന്നതാണ്.

..... രൂപ (തുക അക്ഷരത്തിൽ..... മാത്രം)

ചികിത്സാ ധനസഹായമായി അനുവദിക്കുവാൻ ശുപാർശ ചെയ്യുന്നു.

1.

2.

ബി) താഴെ പറയുന്ന കാരണങ്ങളാൽ അപേക്ഷ നിരസിക്കുന്നു

1.

2.

സ്ഥലം : എ.കെ.പി.എ. ക്ഷേമ പദ്ധതി

തീയതി : ചെയർമാൻ

സമർപ്പിക്കേണ്ട രേഖകൾ : (1) മുഴുവനായി പൂരിപ്പിച്ച അപേക്ഷ (2) AKPA ID കാർഡിന്റെ കോപ്പി (3) ബാങ്ക് പാസ്സ് ബുക്കിന്റെ ഫ്രണ്ട് പേജിന്റെ കോപ്പി (4) ആശുപത്രിയിൽനിന്നുള്ള ചികിത്സാ ചെലവ് എസ്റ്റിമേറ്റ്



ALL KERALA PHOTOGRAPHERS' ASSOCIATION

Regd. No. E.R. 15/85

STATE COMMITTEE

Office : AKPA Bhavan, Arangath Cross Road, Pulleppady, Ernakulam - 682 018.
E-mail: akpasc@gmail.com. Website: www.akpa.in

AKPA State Welfare Fund (State Committee)

ESTIMATE OF EXPENDITURE

(To be obtained from the consulting Doctor & countersigned by the authorized person of the Hospital concerned and submitted along with the application for financial under AKPA State Welfare Fund)

1. Name & Address of the Hospital :

2. Name of Patient:

3. Address : (as per hospital records)
 - i. House Name / No.:
 - ii. Place / Village
 - iii. Grama Panchayat/Municipality/Corporation :
 - iv. Post Office : PIN :
 - v. Taluk: vi. District :
4. Age : 5. Name of Father / Mother / Husband :
6. Registration No. / IP No.: Date :
7. Diagnosis :

8. Proposed date of Operation :
9. Priority of treatment / Operation : Emergency / within 3 months / within 3 to 6 months
10. Approximate period of treatment required :
11. Approximate expenditure for :
 - a. Surgery Rs. b. Chemotherapy / Radiation Rs.
 - c. Dialysis Rs.Total Estimated expenditure : Rs.
12. Whether the patient has availed / proposed to avail any financial assistance from State / Central Govt. If so please give details :
13. Remarks:

Signature
Name & Designation
of the Consulting Doctor

Signature
Name & Designation
Head of the Hospital / Authorized signatory

Date :

(Office seal)