

**റബർ ബോർഡ് എംപ്ലോയീസ് സഹകരണ സംഘം**  
**ലിമിറ്റഡ് നമ്പർ കെ. 155**  
**കളക്ട്രേറ്റ് പി. ഒ., കോട്ടയം 2**

**കാരുണ്യ ഫണ്ടിൽ നിന്നും ചികിത്സാസഹായം ലഭിക്കുന്നതിനുള്ള അപേക്ഷ**

അംഗത്തിന്റെ മെമ്പർ നമ്പരും പേരും : .....

ഔദ്യോഗിക മേൽവിലാസവും മൊബൈൽ നമ്പരും : .....

.....

.....

ചികിത്സാ സഹായം ആവശ്യമുള്ള വ്യക്തിയുടെ പേര് : .....

അംഗത്തിന് രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം : രോഗ്യ / ഭർത്താവ് / മകൾ / മകൻ

രോഗം ബാധിച്ച ആളിന്റെ വയസ്സ് : .....

ഏതു രോഗമാണ് പിടിപെട്ടിട്ടുള്ളത് (ചികിത്സാ രേഖകളും ബില്ലുകളും ഹാജരാക്കണം) : കാൻസർ / ഹൃദയസംബന്ധമായ രോഗങ്ങൾ / പക്ഷാഘാതം / കിഡ്നി, കരൾ സംബന്ധമായ രോഗങ്ങൾ / അവയവമാറ്റം

ചികിത്സയ്ക്കായി ചെലവായ തുക : .....

മറ്റുവിടെ നിന്നെങ്കിലും ചികിത്സാ സഹായം ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടോ. ഉണ്ടെങ്കിൽ തുക / വിവരങ്ങൾ : .....

കുടുംബത്തിന്റെ മൊത്ത പ്രതിമാസ വരുമാനം : .....

രോഗ്യ / ഭർത്താവ് തൊഴിൽ : .....

**സത്യപ്രസ്താവന**

മുകളിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന കാര്യങ്ങളെല്ലാം സത്യമാണെന്ന് ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

സ്ഥലം : .....

പേര് : .....

തീയതി : .....

ഒപ്പ് : .....

**ആഫീസ് ഉപയോഗത്തിന്**

അനുവദിച്ച തുക : .....

തീരുമാന നമ്പരും തീയതിയും : .....

സംഘത്തിലെ ..... -ാം നമ്പർ അംഗമായ ശ്രീ.....  
 രോഗ്യ/ഭർത്താവ്/മകൻ/മകൾ..... ചികിത്സാ ചെലവുകൾക്കായി സംഘത്തിന്റെ കാരുണ്യ ഫണ്ടിൽ നിന്നും .....  
 (.....) അനുവദിച്ച് നൽകുന്നതിന് തീരുമാനിച്ചിരിക്കുന്നു.