



സ്നേഹസ്പർശം

കിഡ്നി പേഷ്യന്റ്സ് വെൽഫെയർ സൊസൈറ്റി

ജില്ലാപഞ്ചായത്ത് ഭവൻ കോഴിക്കോട്. ഫോൺ : 0495-3104994, 9400310100

ഡയാലിസിസ് സഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷ

1. അപേക്ഷകന്റെ പേര് :
 വയസ്സ് :
 സ്ത്രീ / പുരുഷൻ :
2. അപേക്ഷകന്റെ മേൽവിലാസം :

3. ഫോൺ നമ്പർ - വീട് - മൊബൈൽ :
4. പഞ്ചായത്തിന്റെ പേര് :
 വാർഡ് / ഹൗസ് നമ്പർ :
 തൊട്ടടുത്ത ഇലക്ട്രിക് പോസ്റ്റ് നമ്പർ :
5. അപേക്ഷകൻ ഏത് ആശുപത്രിയിലാണ് ഡയാലിസിസ് ചെയ്യുന്നത് :
6. എത്ര വർഷമായി ഡയാലിസിസ് ചെയ്യുന്നു :
 ആഴ്ചയിൽ എത്ര പ്രാവശ്യം :
 നിലവിൽ ലഭിക്കുന്ന സഹായങ്ങൾ :

അപേക്ഷകന്റെ കുടുംബം സംബന്ധിച്ച വിവരം

പേര്	വയസ്സ്	പഠനം	തൊഴിൽ	വരുമാനം	രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ്

മേൽ അപേക്ഷ പരിഗണിക്കാൻ താൽപ്പര്യം
 പഞ്ചായത്ത് പ്രസിഡണ്ട് / മുനിസിപ്പൽ കൗൺസിലർ

ഒപ്പ്, സീൽ

ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം

മേൽ അപേക്ഷ സ്നേഹസ്പർശം കിഡ്നി പേഷ്യന്റ്സ് വെൽഫെയർ സൊസൈറ്റിയുടെ.....
 തിയ്യതി കൂടിയ എക്സിക്യൂട്ടീവ് യോഗത്തിൽ പരിഗണിക്കുകയും അപേക്ഷ സ്വീകരിക്കുക / നിരസിക്കുക ചെയ്തിരിക്കുന്നു.

ചെയർപേഴ്സൺ / സെക്രട്ടറി



സ്നേഹസ്പർശം

കിഡ്നി പേഷ്യന്റ്സ് വെൽഫെയർ സൊസൈറ്റി

ജില്ലാപഞ്ചായത്ത് ഭവൻ കോഴിക്കോട്. ഫോൺ : 0495-3104994, 9400310100

ട്രാൻസ്പ്ലാന്റേഷൻ മരുന്നിനുള്ള അപേക്ഷ

1. അപേക്ഷകന്റെ പേര് :
2. സ്ത്രീ / പുരുഷൻ :
3. അപേക്ഷകന്റെ മേൽവിലാസം :

4. ഫോൺ നമ്പർ/മൊബൈൽ :
5. പഞ്ചായത്തിന്റെ പേര് :
6. റവന്യൂ / ഇലക്ഷൻ വാർഡ് / ഹൗസ് നമ്പർ :
7. അപേക്ഷകൻ ഏത് ആശുപത്രിയിലാണ്
ട്രാൻസ്പ്ലാന്റ് ഓപ്പറേഷൻ ചെയ്തത് :
ഏതു വർഷം :
8. ഇപ്പോൾ ചികിത്സ നടത്തുന്ന ഡോക്ടർ :
ഹോസ്പിറ്റൽ :
9. മാസത്തിൽ ചെലവാകുന്ന ഏകദേശ തുക :

അപേക്ഷകന്റെ കുടുംബം സംബന്ധിച്ച വിവരം

പേര്	വയസ്സ്	പഠനം	തൊഴിൽ	വരുമാനം	രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ്

മേൽ അപേക്ഷ പരിഗണിക്കാൻ താൽപ്പര്യം
പഞ്ചായത്ത് പ്രസിഡണ്ട് /മുനിസിപ്പൽ കൗൺസിലർ

ഒപ്പ്, സീൽ

ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം

മേൽ അപേക്ഷ സ്നേഹസ്പർശം കിഡ്നി പേഷ്യന്റ്സ് വെൽഫെയർ സൊസൈറ്റിയുടെ.....
തിയ്യതി കൂടിയ എക്സിക്യൂട്ടീവ് യോഗത്തിൽ പരിഗണിക്കുകയും അപേക്ഷ സ്വീകരിക്കുക /നിരസിക്കുക ചെയ്തിരിക്കുന്നു.

ചെയർപേഴ്സൺ /സെക്രട്ടറി

രജി. നമ്പർ :
പ്രേക്ഷിതൻ

തിയ്യതി

പേര്.....

വിലാസം.....

.....

.....

ഫോൺ നമ്പർ.....

സ്വീകർത്താവ്.

ചെയർപേഴ്സൺ / ചീഫ് കോ-ഓർഡിനേറ്റർ.

സ്നേഹസ്പർശം കിഡ്നി പേഷ്യന്റ്സ് വെൽഫെയർ സൊസൈറ്റി

സർ,

ഞാൻ 20..... മാസം മുതൽ കിഡ്നി രോഗം ബാധിച്ച് ചികിത്സയിലാണ്. ഒന്നിടവിട്ട ദിവസങ്ങളിൽ.....

..... ഹോസ്പിറ്റലിൽ

വെച്ച് ഡയാലിസിസ് ചെയ്ത് വരികയാണ്. ഡയാലിസിസിന് വേണ്ട ഭാരിച്ച ചികിത്സാ ചിലവ് താങ്ങാനാവാത്തതിനാൽ എനിക്ക് സ്നേഹസ്പർശത്തിന്റെ സാമ്പത്തിക സഹായം അനുവദിച്ചുതരണമെന്നും പ്രസ്തുത സഹായം നിലവിൽ ഡയാലിസിസ് ചെയ്യുന്ന

..... ഹോസ്പിറ്റലിലേക്ക് നേരിട്ട് എത്തിച്ചുതരണമെന്നും വിനീതമായി അപേക്ഷിക്കുന്നു.

പേര്.....

ഒപ്പ്.....

ശുപാർശ

പഞ്ചായത്ത് പ്രസിഡണ്ട്/ മുൻസിപ്പൽ കൗൺസിലർ

ഒപ്പ്
സീൽ