

# കേരള കർഷക തൊഴിലാളി ക്ഷേമനിധി പദ്ധതി 1990

വെബ്സൈറ്റ് : [www.agriworkersfund.org](http://www.agriworkersfund.org)

ചികിത്സാ ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷ

ഫോറം - ഡി

1. അംഗത്തിന്റെ പേര് :

2. മേൽവിലാസം :

3. അംഗത്വ നമ്പർ :

4. അംഗത്തിന്റെ മൊബൈൽ നമ്പർ :

5. അംഗത്തിന്റെ ആധാർ നമ്പർ

6. ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് വിവരങ്ങൾ (ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് അംഗത്തിന്റെ പേരിലായിരിക്കണം)

ബാങ്കിന്റെ പേര്	ശാഖ	ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ	IFSC

7. ഹാജരാക്കുന്ന ബില്ലുകൾ \*

ബിൽ നമ്പർ	തീയതി	മെഡിക്കൽഷോപ്പ് /ലാബ്/സ്റ്റാൻ സെന്റർ	സംഖ്യ
		<b>ആകെ</b>	

\* **ക്യാൻസർ, ഹൃദ്രോഗം** എന്നീ രോഗങ്ങൾക്ക് സർക്കാർ മെഡിക്കൽ കോളേജുകൾ, ജില്ല, താലൂക്ക്, സർക്കാർ ആശുപത്രികൾ (അലോപ്പതി), ശ്രീ ചിത്തിര തിരുനാൾ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഓഫ് മെഡിക്കൽ സയൻസ്, സർക്കാരിന്റെ കീഴിലുള്ള വിവിധ ക്യാൻസർ സെന്ററുകൾ എന്നിവിടങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന ചികിത്സയ്ക്ക് ബില്ലിന്റെ അഭാവത്തിലും അപേക്ഷിക്കാവുന്നതാണ്.

8. രജിസ്ട്രേഷൻ തീയതി :

9. അംശദായം അടച്ച കാലം : .....മുതൽ .....വരെ

(മറുപുറം)

10. മൂന്ന് ഈ ആനുകൂല്യം കൈപ്പറ്റിയിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ ആയതിന്റെ വിവരങ്ങൾ :

11. ചികിത്സ നടന്ന ആശുപത്രിയുടെ പേരും വിലാസവും :

12. ഔട്ട് പേഷ്യന്റോ/ഇൻ പേഷ്യന്റോ :

13. ചികിത്സ കാലയളവ് : .....മുതൽ .....വരെ

14. ചികിത്സാ കാലയളവിൽ അംശദായ കുടിശ്ശിക ഉണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ കാലയളവ് :

**സത്യപ്രസ്താവന**

മേൽ കാണിച്ച വിവരങ്ങൾ സത്യമാണെന്നും കേരള സംസ്ഥാനത്തെ മറ്റൊരു തൊഴിലാളി ക്ഷേമപദ്ധതിയിൽ നിന്നും ചികിത്സ ധനസഹായം കൈപ്പറ്റിയിട്ടില്ലെന്നും ഇതിനാൽ ബോധ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം : അംഗത്തിന്റെ ഒപ്പ്

തീയതി : പേര് :

**അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഹാജരാക്കേണ്ട രേഖകൾ : (പകർപ്പുകൾ വ്യക്തതയുള്ളവയായിരിക്കണം)**

1. ക്ഷേമനിധി പാസ്സ് ബുക്കിന്റെ പകർപ്പ്
2. ആധാർകാർഡിന്റെ പകർപ്പ്
3. ബാങ്ക് പാസ് ബുക്കിന്റെ ആദ്യപേജിന്റെ പകർപ്പ്
4. ഫോറം ഡി-യിലുള്ള ഡോക്ടറുടെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് (ഒറിജിനൽ/ ഗസറ്റഡ് ഓഫീസർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയത്)
5. ഒ.പി.കാർഡിന്റെ പകർപ്പ്/ഡിസ്ചാർജ് സമ്മറിയുടെ പകർപ്പ്
6. അംഗം കർഷക തൊഴിലാളിയാണെന്ന് തെളിയിക്കുന്ന യൂണിയന്റെ സാക്ഷ്യപത്രം
7. ചികിത്സാ കാലയളവിൽ മരന്ന് വാങ്ങിയതിന്റേയും, ടെസ്റ്റ് നടത്തിയതിന്റേയും ഒറിജിനൽ ബില്ലുകൾ (ബില്ലിന് അംഗത്തിന്റെ പേരിൽതന്നെ ആയിരിക്കണം.)

**NB : അപേക്ഷയിലോ രജിസ്ട്രേഷൻ രേഖയിലേയോ പേര്, വിലാസം എന്നിവയിൽ മുകളിൽ സൂചിപ്പിച്ച രേഖകളുമായി വ്യത്യാസമുണ്ടെങ്കിൽ one and same certificate ലഭ്യമാക്കേണ്ടതാണ്.**

**അർഹതാ മാനദണ്ഡങ്ങൾ**

1. ചികിത്സ ആരംഭിക്കുന്ന തീയതിയിൽ 1 വർഷത്തെ അംഗത്വകാലം പൂർത്തിയായിരിക്കേണ്ടതും 12 മാസത്തെ അംശദായം അടച്ചിരിയ്ക്കേണ്ടതുമാണ്.
2. ചികിത്സാ തീയതിയിൽ 24 മാസത്തിൽ കൂടുതൽ അംശദായ കുടിശ്ശിക പാടില്ല.
3. അപേക്ഷ സമർപ്പിയ്ക്കുമ്പോൾ അംശദായ കുടിശ്ശിക ഉണ്ടായിരിക്കാൻ പാടില്ല. ഉണ്ടെങ്കിൽ അടച്ചു തീർത്തുമാത്രമേ അപേക്ഷ സമർപ്പിയ്ക്കാൻ പാടുള്ളൂ.
4. ചികിത്സ ആരംഭിച്ച ഒരു വർഷത്തിനകം തന്നെ ബന്ധപ്പെട്ട ഓഫീസുകളിൽ അപേക്ഷയും അനുബന്ധ രേഖകളും നൽകിയിരിക്കണം.
5. മൂന്ന് വർഷത്തിലൊരിക്കൽ മാത്രമേ ഈ ആനുകൂല്യത്തിന് അർഹതയുള്ളൂ.

**ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന്**

അംഗത്തിന്.....രൂപ ആനുകൂല്യമായി അനുവദിച്ചു/ .....

.....കാരണത്താൽ അപേക്ഷ നിരസിച്ചു.

**ജില്ലാ എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഓഫീസർ**

**ഡോക്ടറുടെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്**  
(ഫോറം -ഡി)

ശ്രീ/ശ്രീമതി .....  
.....(പേരുംവിലാസവും)

എന്ന രോഗി.....തീയതി മുതൽ ..... തീയതി വരെ എന്റെ മേൽനോട്ടത്തിൽ  
..... ആശുപത്രിയിൽ .....രോഗത്തിന്  
ചികിത്സയിലാണെന്നും ഈ അപേക്ഷയോടൊന്നിച്ച് സമർപ്പിക്കുന്ന ബില്ലിലെ മരുന്ന്, ലബോറട്ടറി  
ടെസ്റ്റുകൾ എന്നിവ എന്റെ നിർദ്ദേശാനുസരണമാണെന്നും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

(ഓഫീസ് സീൽ)

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്

ആശുപത്രിയുടെ പേര് :

പേര്:

സ്ഥലം :

തീയതി :

സീൽ

**ONE & SAME CERTIFICATE**

അംഗത്വ പാസ് ബുക്ക്/ആധാർ കാർഡ്/ബാങ്ക് പാസ് ബുക്ക് എന്നിവയിലെ അംഗത്തിന്റെ  
പേരിലോ വിലാസത്തിലോ വ്യത്യാസമുണ്ടെങ്കിൽ ഇത് ഉപയോഗിക്കണം.

കേരള കർഷക തൊഴിലാളി ക്ഷേമനിധി പാസ് ബുക്കിലെ .....

എന്ന വിലാസത്തിലുള്ള വ്യക്തിയും ആധാർ/ബാങ്ക് പാസ് ബുക്കിൽ രേഖപ്പെടുത്തിയ .....

എന്ന വിലാസത്തിലെ വ്യക്തിയും ഒരാളാണെന്ന് എനിക്ക് നേരിട്ട് അറിയാവുന്നതാണ്. ഈ രണ്ട്  
പേരിലും/വിലാസത്തിലും രേഖപ്പെടുത്തിയ വ്യക്തി ഒരാൾ തന്നെയാണെന്ന് ഞാൻ  
സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

തീയതി :

ഒപ്പ് :

സ്ഥലം :

പേരും സീലും :

(ഗസറ്റഡ് ഉദ്യോഗസ്ഥർ, എം.പി., എം.എൽ.എ, മേയർ, മുനിസിപ്പൽ ചെയർമാൻ, പഞ്ചായത്ത്  
പ്രസിഡണ്ട്, വാർഡ് മെമ്പർ, വാർഡ് കൗൺസിലർ, ഡിവിഷൻ കൗൺസിലർ എന്നിവർക്ക് One &  
Same Certificate സാക്ഷ്യപ്പെടുത്താം.)

