

## MALANKARA MAR THOMA SYRIAN CHURCH

Application for Financial Aid from the Snehakaram Project of the Church

സ്നേഹകരം: (ഡോ. ജോസഫ് മാർത്തോമ്മ മെത്രാപ്പോലീത്തായുടെ 80-ാം ജന്മദിന പദ്ധതി)

### അപേക്ഷാഫോറം

1	Name of Patient (രോഗിയുടെ പേര്): (ബാങ്ക് പാസ്സ് ബുക്ക് പ്രകാരം) Address (മേൽവിലാസം) with PIN Code : Phone No: ബാങ്കിന്റെ പേര്:  ശാഖ: IFSC Code : <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>																						
2	വയസ്സ്, വിദ്യാഭ്യാസം, സ്ത്രീ/പുരുഷൻ																							
3	Religion (മതം)																							
4	Parish (ഇടവക)																							
5	a) Occupation of applicant (തൊഴിൽ) b) Monthly income (മാസ വരുമാനം) c) സ്നേഹകരത്തിൽ നിന്നും മുൻ സഹായം ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടോ?																							
6	(Name, age, occupation and monthly income of members of the household) (കുടുംബാംഗങ്ങളുടെ പേര്, വയസ്സ്)	അപേക്ഷകനുമായുള്ള ബന്ധം	തൊഴിൽ വിദ്യാഭ്യാസം	മാസവരുമാനം																				
	1.																							
	2.																							
	3.																							
7	Diagnosis and brief history of illness with date of surgery (രോഗവിവരങ്ങൾ, ഓപ്പറേഷൻ തീയതി)																							
8	Period of Chemotherapy / Period of Radiation / Starting of Dialysis if any (ചികിത്സയുടെ സ്വഭാവവും അവയുടെ കാലയളവും)																							
9	Signature of the Vicar & Seal of the Parish (വികാരിയുടെ ഒപ്പ്, ഇടവകയുടെ സീൽ) <b>Note:</b> Mar Thoma Parish Vicars are requested to scrutinize the application and Case Files so that incompleteness of supporting documents can be avoided.																							

### Declaration (സത്യവാങ്മൂലം)

I hereby declare that the above mentioned facts are true. (മേൽ പ്രസ്താവിച്ച വസ്തുതകൾ സത്യമാകുന്നുവെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു)

(Signature) ഒപ്പ് : \_\_\_\_\_

Place (സ്ഥലം): \_\_\_\_\_ അപേക്ഷകന്റെ പേര് : \_\_\_\_\_

Date (തീയതി): \_\_\_\_\_ (Name of Applicant) : \_\_\_\_\_

( നിർദ്ദേശങ്ങൾക്ക് മറുപുറം കാണുക )

**GENERAL INSTRUCTIONS (പൊതുനിർദ്ദേശങ്ങൾ)**

അപേക്ഷ പുരിപ്പിക്കുമ്പോൾ സ്ഥലപരിമിതിയുടെ കീഴിൽ, താഴെ പറയുന്ന കാര്യങ്ങൾ പ്രത്യേകം പേപ്പറിൽ രേഖപ്പെടുത്തുന്നത്, ഉചിതമായ സാമ്പത്തികസഹായം അനുവദിക്കുന്നതിന് സഹായകരമായിരിക്കും:

1. അപേക്ഷകന്റേയും, കുടുംബാംഗങ്ങളുടേയുംതൊഴിൽ, വരുമാനം, പെൻഷൻ, നേരത്തെ ജോലി ഉടയ്ക്കിയിരുന്നോ, ഇപ്പോൾ ജോലിയില്ലാത്തതിന്റെ കാരണം എന്നിവ രേഖപ്പെടുത്തുക. അംഗങ്ങൾ ഒരുമിച്ചാണോ താമസിക്കുന്നത് എന്നിവയും രേഖപ്പെടുത്തുക.
2. അംഗവൈകല്യം ഉള്ളപക്ഷം അതിന്റെ രേഖകൾ ഉൾക്കൊള്ളിക്കണം.
3. അപേക്ഷകൻ ഇപ്പോൾ ചികിത്സയിലാണോ, തുടർ ചികിത്സയിലാണോ, സുഖം പ്രാപിച്ചിരിക്കുന്നുവോ എന്ന് മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റും കഴിഞ്ഞ മൂന്ന് മാസത്തെ മെഡിക്കൽ ബില്ലുകളും ഉൾപ്പെടുത്തി വെളിപ്പെടുത്തണം.
4. വികാരി അച്ചന്മാർ അപേക്ഷയുടെ സൂക്ഷ്മ പരിശോധനയ്ക്കു ശേഷം നൽകുന്ന കത്ത് ഏറെ സഹായകരമായിരിക്കും.

***It is informed that if any item of supporting documents are deficient or absent and failure to comply with our instructions will result in rejection of the applicatin.***

(വിശദമായ അനുബന്ധ ചികിത്സാരേഖകളില്ലാത്തതും നിർദ്ദേശങ്ങൾ പാലിക്കാത്തതുമായ അപേക്ഷകൾ പരിഗണിക്കുന്നതല്ല)

**Papers to be enclosed(ഉള്ളടക്കംചെയ്യേണ്ട രേഖകൾ)**

1. Discharge Summary of major illness (ഡിസ്ചാർജ്ജ് സർട്ടിഫിക്കറ്റ്)
2. A letter from the treating Doctor (within the last 2 or 3 months) stating the Diagnosis, progress made so far and further recommendations like Angioplasty, Cardiac Surgery, Dialysis, Transplantation, Radiation & Chemotherapy etc (രോഗമുന്നോ മാസങ്ങൾക്കുള്ളിലുള്ള ചികിത്സാ പുരോഗതി സംബന്ധിച്ച ഡോക്ടറുടെ കത്ത് ഇവയിൽ ആൻജിയോപ്ലാസ്റ്റി, ഹൃദയശസ്ത്രക്രിയ, ഡയാലിസിസ്, കീഡ്നി ട്രാൻസ്പ്ലാന്റേഷൻ, റേഡിയേഷൻ, കീമോതെറാപ്പി എന്നിവ സംബന്ധിച്ച് പ്രത്യേകം പ്രതിപാദിച്ചിരിക്കണം)
3. Copy of the latest prescription (അവസാനം ലഭിച്ച മരുന്ന്-ചികിത്സാവിവരങ്ങളുടെ പകർപ്പ്)
4. Bill for medicines or procedures from the Institution pertaining to the last 2 or 3 months (ചികിത്സാസ്ഥാപനത്തിൽ നിന്നു ലഭിക്കുന്ന മരുന്നിന്റെയും മറ്റും ബിൽ)
5. Bill from the Medical Shop pertaining to the last 2 or 3 months to assess the expenditure (മെഡിക്കൽ ഷോപ്പിൽ നിന്നുള്ള ബിൽ)
6. Copy of first page of the Bank Pass Book of the applicant (ബാങ്ക് പാസ്സ് ബുക്ക് ഒന്നാം പേജിന്റെ കോപ്പി)
7. Recommendation letter from the Vicar/Priest of the Mar Thoma Church. (മാർത്തോമ്മാ ഇടവകവികാരിയുടെ ശുപാർശ)

**Please return to:**

**Sabha Secretary, Mar Thoma Sabha Office, Tiruvalla-689101, Kerala**