



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. ക്ഷേമപദ്ധതിയിലേക്ക് അംഗങ്ങൾക്കുള്ള ചികിത്സാ സഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷ

അപേക്ഷകന്റെ ഫോട്ടോ

1. ഗുണഭോക്താവിന്റെ പേര് 2. പുരുഷൻ/സ്ത്രീ

3. മേൽവിലാസം : വീട്ടുപേര് വാർഡും / വീട്ടുമന്ദിരം

പ്രദേശം / വില്ലേജ് ഗ്രാമപഞ്ചായത്ത് / നഗരസഭ

പോസ്റ്റ് പിൻകോഡ്

താലൂക്ക് ജില്ല ഫോൺ നമ്പർ

4. വയസ്സ് 5. എ.കെ.പി.എ. ഐ.ഡി. നമ്പർ 6. രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ

7. നോമിനിയുടെ പേര്

8. രോഗിയല്ല അപേക്ഷിക്കുന്നതെങ്കിൽ -
അപേക്ഷകന്റെ പേര് രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം

9. രോഗവിവരം

10. ചികിത്സ നടത്തുന്ന ആശുപത്രിയുടെ പേര്
മേൽവിലാസം

11. ചികിത്സയുടെ കാലദൈർഘ്യം 12. ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ചോ

13. പ്രവേശിപ്പിച്ചുകിൽ തീയതി 14. ഐ.പി. നമ്പർ

15. ചികിത്സ ഇപ്പോഴും തുടരുന്നുണ്ടോ?
15എ. ഉണ്ടെങ്കിൽ വിശദ വിവരം

15ബി. ഓപ്പറേഷൻ തീയതി 15സി. വിടുതൽ ചെയ്ത തീയതി

16. ചികിത്സാചെലവ് കണക്കാക്കി ആശുപത്രിയിൽ നിന്നും ലഭിച്ച എസ്റ്റിമേറ്റ് തുക രൂ.

17. ഗവ. സ്കീമിൽ ചികിത്സാ ചെലവ് റീഇംബേഴ്സ്മെന്റ്/RSBY / CHIS+, മുഖ്യമന്ത്രി/പ്രധാനമന്ത്രിയുടെ ചികിത്സാ സഹായനിധി തുടങ്ങിയവയിൽ നിന്ന് സാമ്പത്തിക സഹായം ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടോ?

ഉണ്ട്	ഇല്ല
-------	------

18. ചികിത്സാധനസഹായം ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ലഭിച്ച തുകയുടെ വിവരങ്ങൾ:

RSBY CHIS plus മറ്റു സ്കീമുകൾ ആകെ

19. ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്നതിനായി അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഹാജരാക്കിയ രേഖകൾ -

- 1. ആശുപത്രിയിൽ നിന്നുള്ള ചികിത്സാ ചിലവ് എസ്റ്റിമേറ്റ്
- 3. എ.കെ.പി.എ. - ഐ. ഡി. കാർഡ് കോപ്പി

സത്യപ്രസ്താവന

മേൽപ്പറഞ്ഞ വിവരങ്ങളെല്ലാം എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും സത്യമാണെന്നും ഈ പദ്ധതി പ്രകാരം ഈ പ്രവർത്തന വർഷം എനിക്കോ എന്റെ കുടുംബത്തിനോ ചികിത്സാ ധനസഹായം ലഭിച്ചിട്ടില്ലെന്നും ബോധിപ്പിച്ചുകൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം : അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ് / വിരലടയാം

തീയതി : പേര്

ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന്

അപേക്ഷ നൽകുന്ന തീയതി: അപേക്ഷ ജില്ലാ കമ്മിറ്റി സ്വീകരിച്ച തീയതി:

സംസ്ഥാന കമ്മിറ്റിയുടെ ഫയൽ നമ്പർ സംസ്ഥാന കമ്മിറ്റിക്ക് സമർപ്പിച്ച തീയതി:

സംസ്ഥാന കമ്മിറ്റി

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

a. അപേക്ഷ അനുവദിക്കാവുന്നതാണ്.

..... രൂപ (തുക അക്ഷരത്തിൽ.....മാത്രം) ചികിത്സാ ധനസഹായമായി അനുവദിക്കുവാൻ ശുപാർശ ചെയ്യുന്നു.

- 1.
- 2.

b. താഴെ പറയുന്ന കാരണങ്ങളാൽ അപേക്ഷ നിരസിക്കുന്നു.

- 1.
- 2.

സ്ഥലം: എ. കെ. പി. എ. ക്ഷേമപദ്ധതി

തീയതി: ചെയർമാൻ



ALL KERALA PHOTOGRAPHERS' ASSOCIATION

Regd. No. E.R. 15/85

STATE COMMITTEE

Office : AKPA Bhavan, Arangath Cross Road, Pallepady, 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:

Sginature
Name & Designation
of the Consulting Doctor

Signature
Name & Designation
Head of the Hospital / Authorized signatory

Date :

(Office seal)