



# ALL KERALA PHOTOGRAPHERS ASSOCIATION

Regd. No. E.R 15/85

STATE COMMITTEE

Office: AKPA Bhavan, Arangath Cross Road, Pulleppady, Ernakulam - 682018, Kerala, India. E-mail:akpasc@gmail.com, web:www.akpa.in

## എ കെ പി എ വെൽഫെയർ ഫണ്ട് ചികിത്സ സഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷ

അപേക്ഷകന്റെ പേര് :  
 നോമിനിയുടെ പേര് :  
 AKPA ഐഡി നമ്പർ :  
 ഫോൺ നമ്പർ :  
 ആധാർ നമ്പർ :

അപേക്ഷകന്റെ  
ഫോട്ടോ

രോഗ വിവരം:

ജില്ല	മേഖല	യൂണിറ്റ്

### സത്യപ്രസ്താവന

മേൽപ്പറഞ്ഞ വിവരങ്ങളെല്ലാം എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും സത്യമാണെന്ന് ബോധിപ്പിച്ചു കൊള്ളുന്നു

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ് / വിരലടയാളം

പേര് :

ഒപ്പ് :

സ്ഥലം:

തീയതി:

പേര്	:	
അക്കൗണ്ട് നമ്പർ	:	
ബാങ്കിന്റെ പേര്	:	
ഐ എഫ് എസ് സി കോഡ്	:	(ബ്രാഞ്ച് :

**സമർപ്പിക്കേണ്ട രേഖകൾ :** 1)മുഴുവനായി പൂരിപ്പിച്ച അപേക്ഷ, 2)എ കെ പി എ ഐഡി കാർഡിന്റെ കോപ്പി, 3)ബാങ്ക് പാസ്സ് ബുക്കിന്റെ കോപ്പി, ആശുപത്രിയിൽ നിന്നുള്ള ചികിത്സ ചിലവ് എസ്റ്റിമേറ്റ്

മേൽ പറഞ്ഞിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ എന്റെ അന്വേഷണത്തിൽ ശരിയാണെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

യൂണിറ്റ് പ്രസിഡണ്ട്/സെക്രട്ടറി പേര്, ഒപ്പ്:

തീയതി	ഫോൺ നമ്പർ	സീൽ

മേൽ പറഞ്ഞിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ എന്റെ അന്വേഷണത്തിൽ ശരിയാണെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

മേഖല പ്രസിഡണ്ട്/സെക്രട്ടറി പേര്, ഒപ്പ്:

തീയതി	ഫോൺ നമ്പർ	സീൽ

മേൽ പറഞ്ഞിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ എന്റെ അന്വേഷണത്തിൽ ശരിയാണെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

ജില്ലാ പ്രസിഡണ്ട്/സെക്രട്ടറി പേര്, ഒപ്പ്

തീയതി	ഫോൺ നമ്പർ	സീൽ

**ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന്**

അപേക്ഷ നൽകിയ തീയതി :

സംസ്ഥാന കമ്മിറ്റിയുടെ ഫയൽ നമ്പർ :

ചെക്ക് നൽകിയ തീയതി	ചെക്ക് നമ്പർ	ആകെ തുക

താഴെ പറയുന്ന കാരണങ്ങളാൽ അപേക്ഷ നിരസിക്കുന്നു.

- 1.
- 2.

പ്രസിഡൻ്റ്	ചെയർമാൻ	ജനറൽ കൺവീനർ



# 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

### AKPA State Welfare Fund (State Committee)

#### Medical Treatment & Expense Details

(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. Treatment Suggested :
  
9. Proposed date of Treatment/Surgery :
  
10. Duration required for the treatment :
  
11. Expense for the treatment :
  
12. Total expected medical expenditure :
  
13. Remarks:

Signature  
Name & Designation  
of the Consulting Doctor

Signature  
Name & Designation  
Head of the Hospital / Authorized signatory

Date :

(Office seal)