

ചികിത്സാ /മരണാനന്തര ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷ

1. അപേക്ഷകന്റെ പൂർണ്ണമായ പേര് :
2. അപേക്ഷകന്റെ പൂർണ്ണമായ മേൽവിലാസം :
3. തൊഴിലാളിയും അപേക്ഷകനും ഒരാൾ തന്നെ അല്ല എങ്കിൽ ഏത് തൊഴിലാളിയുടെ പേരിലാണ് അപേക്ഷിക്കുന്നത് എന്ന് :
4. തൊഴിലാളിയുമായി അപേക്ഷകനുള്ള ബന്ധം :
5. തൊഴിലാളിയുടെ കോഡ് നമ്പർ :
6. തൊഴിലാളിയുടെ വയസ്സും ജനനതീയതിയും :
 - (i)..... മുതൽ..... വരെ
 - (ii)..... മുതൽ..... വരെ
 - (iii)..... മുതൽ..... വരെ
8. അസുഖത്തിന്റെ പേര് :
9. വിധേയമായ /ആവശ്യമായ ചികിത്സയുടെ സ്വഭാവം :
10. തൊഴിലാളി ചികിത്സയ്ക്ക് വിധേയമായ / വിധേയനാകാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന ആശുപത്രിയുടെ പൂർണ്ണമായ മേൽവിലാസം :
11. ചികിത്സയ്ക്ക് ചെലവായ / ചെലവാകുമെന്ന് പ്രതീക്ഷിക്കുന്ന തുക :
12. ചെലവുകൾ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ ഡോക്ടറുടെ പേരും തസ്തികയും :
13. തൊഴിലാളിയെ സ്ഥിരമായതും പരിപൂർണ്ണവുമായ അവശതയിലേക്ക് നയിച്ച വൈകല്യത്തിന്റെ സ്വഭാവം :
14. പരിപൂർണ്ണ അവശത സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ ഡോക്ടറുടെ പേരും തസ്തികയും :

15. മരണാനന്തര ധനസഹായത്തിനായുള്ള

അപേക്ഷയാണെങ്കിൽ തൊഴിലാളി മരണമടഞ്ഞ

തീയതി

16. മരണ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ

17. ആനുകൂല്യമായി ആവശ്യപ്പെടുന്ന തുകയുടെ

വിശദാംശങ്ങൾ

(I) ചികിത്സാധനസഹായം..... രൂപ

(II) സ്ഥിരവും പരിപൂർണ്ണവുമായ അവശതയ്ക്കുള്ള

സാമ്പത്തിക സഹായം..... രൂപ

(III) മരണാനന്തര സഹായം..... രൂപ

ആകെ

18. ചികിത്സാധനസഹായം മുമ്പ് സ്വീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ

ആയതിലെ വിശദാംശങ്ങൾ

(I) അസുഖത്തിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ

(II) ചികിത്സാകാലാവധി

(III) അനുവദിച്ചുനൽകിയ ധനസഹായം

(IV) ധനസഹായം അനുവദിച്ചുനൽകിയ

ഉത്തരവിന്റെ നമ്പരും തീയതിയും

സത്യപ്രസ്താവന

- 1) മുകളിൽ പ്രസ്താവിച്ചിരിക്കുന്ന കാര്യങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും പൂർണ്ണമായും സത്യമാണെന്ന് ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.
- 2) മുകളിൽ പ്രസ്താവിച്ചിരിക്കുന്ന വസ്തുതകളിലേതെങ്കിലും തെറ്റാണെന്ന് ബോധ്യമാകുന്ന പക്ഷം എനിക്ക് കൈമാറ്റം നിയമനടപടി സ്വീകരിക്കാവുന്നതാണെന്നും എനിക്ക് അനുവദിച്ചുനൽകിയ സാമ്പത്തിക സഹായം /മരണാനന്തര സഹായം തിരികെ ഈടാക്കാവുന്നതാണെന്നും ഇതിനാൽ സമ്മതിച്ചുകൊള്ളുന്നു.

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ്/വിലാസം

സ്ഥലം :

തീയതി :

ചീഫ് എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഓഫീസർ

കേരളാ മോട്ടോർ തൊഴിലാളി ക്ഷേമനിധി ബോർഡ്

കൊല്ലം.

(ബന്ധപ്പെട്ട ജില്ലാ എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഓഫീസർ മുഖാന്തിരം)