Cochin Charitable Society
കൊച്ചിൻ ചാരിറ്റബിൾ സൊസൈറ്റി
M S Trust Building, A S H, Star Junction, Mattancherry, Kochi, Keralam 682002
Phone / WhatsApp: +91 77360 31508 · cochincharitablesociety@gmail.com · cochincharity.org
Reg. No. CIT (Exemption) Kochi/2022-23/12AA/11311 · 80G DIN AACAC8629AF20231

OFFICE USE ONLY
Application no. .....
Date received .....
Verified by .....

CCS-HC

തുടർചികിത്സാ സഹായം – അപേക്ഷാ ഫോം
Healthcare Support – Application Form

തുടർചികിത്സക്കും മാസംതോറുമുള്ള മരുന്ന് ചെലവിനും.
For continuing treatment and the monthly cost of medicine.

വലിയ അക്ഷരങ്ങളിൽ വ്യക്തമായി പൂരിപ്പിക്കുക. ബാധകമല്ലാത്തവ ഒഴിവാക്കാം. Write clearly in capital letters. Leave out anything that does not apply.

ഫോട്ടോ
Photo

1 സഹായം ആവശ്യമുള്ള വ്യക്തി The person who needs help

പേര് Full name _____

ആൺ/പെൺ Male / female

വയസ്സ് Age _____

പിതാവ്/ഭർത്താവിന്റെ പേര് Father's or husband's name _____

ജോലി Job _____ **സ്ഥാപനം** Where they work _____

വരുമാനം (₹) Income (₹) _____ **ദിവസം/മാസം** Income is per ☐ **ദിവസം** Day ☐ **മാസം** Month

റേഷൻ കാർഡ് Ration card ☐ **APL** ☐ **BPL** ☐ **AAY** ☐ **ഇല്ല** None

ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് Health insurance ☐ **ഉണ്ട്** Yes ☐ **ഇല്ല** No

2 വിലാസവും ഫോണും Address and phone

വീട്ടുപേര് / വീട്ടുനമ്പർ House name / number _____

സ്ഥലം Place _____ **ടൗൺ** Town _____

പഞ്ചായത്ത് / മുനിസിപ്പാലിറ്റി / കോർപ്പറേഷൻ Panchayat / Municipality / Corporation _____

വാർഡ് നമ്പർ Ward no. _____

പോസ്റ്റ് Post office _____ **പിൻകോഡ്** Pincode _____

ജില്ല District _____ **സംസ്ഥാനം** State _____

മൊബൈൽ Mobile number _____ **വാട്ട്സ്ആപ്പ്** WhatsApp number _____

3 മറ്റൊരാൾക്കു വേണ്ടിയാണോ പൂരിപ്പിക്കുന്നത്? Filling this in for someone else?

സ്വന്തം ആവശ്യത്തിനാണെങ്കിൽ ഇത് ഒഴിവാക്കുക. Leave this empty if the request is for yourself.

നിങ്ങളുടെ പേര് Your name _____ **നിങ്ങളുടെ ഫോൺ** Your phone _____

അപേക്ഷകനുമായുള്ള ബന്ധം Your relationship to the applicant _____

4 കുടുംബത്തിലെ വിശദവിവരങ്ങൾ Family members

വീട്ടിൽ താമസിക്കുന്ന എല്ലാവരും. ജോലിയുടെ പേരും വേതനവും കൃത്യമായി എഴുതുക. Everyone living in the house. Write each job and pay exactly.

	അംഗങ്ങളുടെ പേര് Name	വയസ്സ് Age	ബന്ധം Relation	ജോലി Job	വരുമാനം Income	റിമാർക്സ് Remarks
1						
2						
3						
4						
5						
6						

5 അപേക്ഷകന്റെ മറ്റു വിവരങ്ങൾ Their situation

Tick everything that applies.

☐ രോഗി Patient ☐ ഭിന്നശേഷി Disabled ☐ ചലന ശേഷി നഷ്ടപ്പെട്ടവർ Lost mobility
☐ കിടപ്പിലായ രോഗി Bedridden ☐ വിധവ Widow ☐ വിവാഹമോചിത Divorced ☐ അനാഥ Orphan
☐ പരിചരിക്കാൻ ആളില്ലാത്തവർ No one to look after them
മറ്റുള്ളവ Anything else _____

6 വീടും വരുമാനവും Home and income

വീട് House is ☐ കോൺക്രീറ്റ് Concrete ☐ ഓട് Tiled ☐ ഷീറ്റ് Sheet ☐ ഓല / മറ്റുള്ളവ Thatched / other
താമസിക്കുന്ന വീട് The house they live in
☐ സ്വന്തം Own ☐ വാടക Rented ☐ കോട്ടേഴ്സ് Quarters ☐ ബന്ധുവീട് Relative's house ☐ മറ്റുള്ളവ Other

വിസ്തീർണം Size of the house _____

സ്വന്തമായുള്ള ഭൂമി Land owned (e.g. 3 cents) _____

ഏകദേശ വില Approximate value of the land _____

ഭൂമിയിൽ നിന്നുള്ള വരുമാനം Income from the land _____

മറ്റു ഏജൻസികളുടെ സഹായം Help from other organisations _____

പെൻഷൻ Pension _____

നിത്യചെലവിനു മാസത്തിൽ വരുന്ന സംഖ്യ (₹) Monthly household expenses (₹) _____

ഇപ്പോൾ എങ്ങനെ ചെലവ് കഴിയുന്നു? How are expenses being met now?

_____

_____

7 രോഗവും ചികിത്സയും The illness and treatment

രോഗത്തിന്റെ പേര് Name of the illness _____

ഹോസ്പിറ്റൽ Hospital _____ ഡോക്ടർ Doctor _____

സർക്കാർ ആശുപത്രിയിൽ ചികിത്സിക്കാൻ തയ്യാറാണോ? Willing to be treated at a government hospital?
☐ ഉണ്ട് Yes ☐ ഇല്ല No

രോഗത്തിന്റെ വിശദവിവരങ്ങൾ About the illness

_____

_____

ചികിത്സയുടെ പുരോഗതി How the treatment is going

_____

_____

ഹോസ്പിറ്റൽ ഫീസ് (₹) Hospital fees (₹) _____

മരുന്ന് ചെലവ് മാസത്തിൽ (₹) Medicine per month (₹) _____

മെഡിക്കൽ ഷോപ്പിന്റെ പേരും ഫോണും Medical shop (name and phone) _____

8 ആവശ്യമുള്ള സംഖ്യ Amount requested

സൊസൈറ്റിയിൽ നിന്നും ആവശ്യമുള്ള വിഹിതം (₹) Amount you are asking CCS for (₹) _____

ഏകദേശ സംഖ്യ. അന്തിമ തീരുമാനം കമ്മിറ്റിയുടേതാണ്. Your best estimate. The committee decides the final amount.

9 സൊസൈറ്റിയെ പരിചയപ്പെടുത്തിയ വ്യക്തി Who told you about CCS

പേര് Name _____ ഫോൺ നമ്പർ Phone _____

സൊസൈറ്റിയുമായുള്ള ബന്ധം Their connection to CCS _____

10 കുടുംബത്തിന്റെ അവസ്ഥ The family's situation

എന്താണ് സംഭവിച്ചത്, എന്തുകൊണ്ടാണ് ഇപ്പോൾ സഹായം ആവശ്യമാണ് എന്നത് ദയവായി സ്വന്തം വാക്കുകളിൽ വിവരിക്കുക. Please describe in your own words what has happened, and why help is needed now.

11 ഇതോടൊപ്പം നൽകേണ്ട രേഖകൾ Documents to attach (copies)

- ☐ **ആധാർ കാർഡിന്റെ കോപ്പി** Copy of Aadhaar card
- ☐ **പാസ്പോർട്ട് സൈസ് ഫോട്ടോ** Passport-size photo
- ☐ **റേഷൻ കാർഡിന്റെ കോപ്പി** Copy of ration card
- ☐ **വാർഡ് മെമ്പറുടെ / പ്രാദേശിക അതോറിറ്റിയുടെ പരിചയപ്പെടുത്തുന്ന കത്ത്** Letter from the ward member or local authority
- ☐ **ചികിത്സാരേഖകൾ** Medical records
- ☐ **ഡോക്ടറുടെ പരിശോധന കുറിപ്പ്** Doctor's prescription
- ☐ **ഒരുമാസത്തെ മരുന്ന് ബില്ല്** One month's medicine bills
- ☐ **ചികിത്സാ ചെലവ് കാണിക്കുന്ന ഹോസ്പിറ്റൽ/ഡോക്ടർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ കത്ത്** Letter from the hospital or doctor showing the cost

12 സത്യ പ്രസ്താവന Declaration

ഈ അപേക്ഷയിൽ എഴുതിയ വിവരങ്ങളെല്ലാം സത്യമാണെന്ന് ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. കൊച്ചിൻ ചാരിറ്റബിൾ സൊസൈറ്റിയുടെ നിയമങ്ങളും വ്യവസ്ഥകളും ഞാൻ അംഗീകരിക്കുന്നു. വിവരങ്ങൾ പരിശോധിക്കുമെന്നും ഭവന സന്ദർശനമോ അഭിമുഖമോ ഉണ്ടാകാമെന്നും കമ്മിറ്റിയുടെ തീരുമാനം അന്തിമമായിരിക്കുമെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

I declare that everything written in this application is true. I accept the rules and conditions of Cochin Charitable Society. I understand that CCS will check these details, may visit the house or interview me, and that the committee's decision is final.

സ്ഥലം Place _____

തിയ്യതി Date _____

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ് / വിരലടയാളം Signature / thumb impression _____

ഫോം എങ്ങനെ അയക്കാം How to send this form

1. **വാട്ട്സ്ആപ്പ്:** എല്ലാ പേജുകളുടെയും രേഖകളുടെയും ഫോട്ടോ എടുത്ത് അയക്കുക – WhatsApp a photo of every page and document to **+91 77360 31508**
2. **ഇമെയിൽ:** Email the scanned form to **cochincharitablesociety@gmail.com**
3. **ഓഫീസിൽ:** Hand it in at **M S Trust Building, A S H, Star Junction, Mattancherry, Kochi, Keralam 682002**