



SEETHI HAJI DIALYSIS CENTRE

EDAVANNA ORPHANAGE BUILDING, EDAVANNA, MALAPPURAM - 676541

Phone : 0483 2700070, 9946 27 0070, Email: sdcedavanna@gmail.com

1. അപേക്ഷകന്റെ പേര് :

2. സ്ത്രീ / പുരുഷൻ :

വയസ്:

ജനന തീയതി :

3. വിലാസം :

4. ഫോൺ നമ്പർ : 1.

2:

5. രക്ത ഗ്രൂപ്പ് :

HbSAg (മഞ്ഞപ്പിത്തം) ബാധിതനാണോ :

6. കുടുംബാംഗങ്ങളുടെ എണ്ണം

മുതിർന്നവർ :

കുട്ടികൾ :

7. കുടുംബത്തിന്റെ വാർഷിക വരുമാനം :

8. കുടുംബം ഏത് വിഭാഗത്തിൽ ഉൾപ്പെടുന്നു :

എ.പി.എൽ:

ബി.പി.എൽ:

9. പഞ്ചായത്ത് /മുനിസിപ്പാലിറ്റി :

വാർഡ് നമ്പർ:

പേര്:

10. ചികിത്സിക്കുന്ന നെഫ്രോളജിസ്റ്റിന്റെ പേര് :

11. സ്ഥിരം കാണിക്കുന്ന ഡോക്ടറുടെ പേരും ഫോൺ നമ്പറും :

12. നിലവിൽ ഡയാലിസിസ് ചെയ്യുന്ന ആശുപത്രി :

13. എത്ര കാലമായി ഡയാലിസിസ് ചെയ്യുന്നു :

ആഴ്ചയിൽ എത്ര പ്രാവീശ്യം:

14. നിലവിൽ ധനസഹായം/ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്നുണ്ടോ ? :

എ) ഉണ്ടെങ്കിൽ ധനസഹായ നൽകുന്ന വ്യക്തി സ്ഥാപനംസംഘടന :

ബി) ധനസഹായമായി ലഭിക്കുന്ന തുക :

**സത്യപ്രസ്താവന**

മുകളിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ പൂർണ്ണമായും സത്യമാണെന്നു ഏതെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ തെറ്റായി നൽകിയത് മൂലം സീതി ഹാജി ഡയാലിസിസ് സെന്ററിനുണ്ടാകുന്ന എല്ലാ നഷ്ടങ്ങൾക്കും ഞാൻ ഉത്തരവാദി ആയിരിക്കുമെന്നും ഇതിനാൽ ബോധിപ്പിക്കുന്നു.

സ്ഥലം :

തീയതി :

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ്/വിലാസം

**FOR OFFICE USE**

സ്ക്രീനിംഗ് കമ്മിറ്റി റിപ്പോർട്ട്

**അപേക്ഷയുടെ കൂടെ സമർപ്പിക്കേണ്ട രേഖകൾ**

1. പാസ്പോർട്ട് സൈസ് ഫോട്ടോ
2. റേഷൻ കാർഡ് കോപ്പി
3. ആധാർ കാർഡ് കോപ്പി
4. പഞ്ചായത്ത് മുസ്ലിം ലീഗ് കമ്മിറ്റിയുടെ കത്ത്
5. വാർഡ് മുസ്ലിം ലീഗ് കമ്മിറ്റിയുടെ കത്ത്

**ചെയർമാൻ**

സീതി ഹാജി ഡയാലിസിസ് സെന്റർ എടവണ്ണ

**NB:** ഗുണഭോക്താക്കളുടെ തിരഞ്ഞെടുപ്പ് സ്ക്രീനിംഗ് കമ്മിറ്റിയുടെ റിപ്പോർട്ടിന് വിധേയമായിരിക്കും. ഫോൺ നമ്പർ നിർബന്ധമായും എഴുതിയിരിക്കണം.