



மருத்துவ உதவி கோரல் படிவம்

விண்ணப்பத்தாரரின் முழுப்பெயர்:		
பிறந்த திகதி:		
பிறந்த இடம்:		
பால்:		
முகவரி:		
தொலைபேசி இலக்கம்:		
மின்னஞ்சல் முகவரி:		
தொழில்		
மாதவருமானம்:		
திருமணமானவரா:		
திருமணமானவராயின்		
கணவனின் அல்லது மனைவியின் முழுப்பெயர்:		
பிள்ளைகள்:		
பிள்ளைகள் கல்வி கற்கும் ஆண்டு:	பெயர்	கல்வி கற்கும் ஆண்டு
உதவி கோருவதற்கான காரணம்:		

மேற்குறிப்பிடப்பட்ட விண்ணப்பத்தாரர் எங்களுடைய கிராமசேவகர் பிரிவிற்குள் வாழ்ந்து வருபவர். எனவே மேற்குறித்த உதவி பெறுவதற்கு தகுதியுடையவர் என்பதனையும் உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

கிராம சேவகர் பிரிவு:	
தொலைபேசி இல:	
மின்னஞ்சல் முகவரி:	
கிராம உத்தியோகஸ்தர் கையொப்பம்:	(கையொப்பம் கிராம உத்தியோகஸ்தர் சின்னத்துடன் அமைய வேண்டும்)
திகதி:	

விண்ணப்பத்தாரியின் வங்கி விபரம்:	
வங்கியின் பெயர்:	
வங்கியின் முகவரி:	
கணக்கு இலக்கம்:	
வங்கி முகாமையாளர்:	

தங்களால் வழங்கப்படும் மருத்து நிதியை மேற்குறிப்பிட்ட நோக்கத்திற்காக பயன்படுத்துவேன் என்பதனை இத்தால் உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

.....

.....

திகதி

விண்ணப்பத்தாரரின் ஒப்பம்

மேற்குறித்த படிவம் முழுமையாக பூரணப்படுத்தப்படும் பட்சத்தில் அதனை உரிய முறையில் பரிசீலிக்கப்பட்டு உதவிகள் வழங்கப்படும். வழங்கப்படும் உதவி மேற்குறித்த விடயத்துக்கு பயன்படுத்துமாறு சம்பந்தப்பட்டவரை பணிவுடன் கேட்டுக்கொள்ளுகின்றோம்.

நன்றியுடன்

அறம் சுவிஸ்

இணைப்பு:

மருத்துவ சான்றிதழ்	
அடையாள அட்டையின் பிரதி	