



ചങ്ങാതിക്കുട്ടം ചാരിറ്റബിൾ ട്രസ്റ്റ്

THOOMBAYIL HOUSE, KOTTAPPURAM, VALIYAKUNNU (PO)
VALANCHERY, MALAPPURAM (DT) KERALA - 676552
Email: chsachangathikkootam@gmail.com

Rgn. No. 179/IV/2019

അപേക്ഷകനെ കുറിച്ചുള്ള വിശദ വിവരങ്ങൾ



1	അപേക്ഷകന്റെ പേര്	രത്നപ്രഭ (46 വയസ്സ്)
2	അപേക്ഷകന്റെ മേൽ വിലാസം	സംസ്കൃത ഹൗസ് വേംഗലത്തുപാടം കുതിരിയാട് (P.O)
3	ആധാർ കാർഡ് നമ്പർ	422825222083
4	ജനന തീയതി	1978
5	വിവാഹ നില	Married
6	മൊബൈൽ നമ്പർ	9656744329
7	അച്ചന്റെ പേരും വയസ്സും	-
8	അമ്മയുടെ പേരും വയസ്സും	-
9	അപേക്ഷകന്റെ തൊഴിൽ	തൊഴിൽ ഇല്ല
10	അപേക്ഷകന്റെ കുടുംബത്തിന്റെ പ്രതിമാസ വരുമാനം*	-

11	അപേക്ഷകൻ തൊഴിൽചെയ്യുന്ന സ്ഥാപനത്തെ സംബന്ധിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ	—
12	തൊഴിൽ കാലയളവ്	—
13	താമസിക്കുന്ന ഗൃഹത്തെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ	സ്വന്തം വീട് ✓ / വാടക വീട്
14	വാടക വീടാണെങ്കിൽ മാസ വാടക (രൂപ)	—
15	അപേക്ഷകന്റെ കുടുംബത്തിലെ സ്ഥാനം	ഗൃഹനാഥ
16	അപേക്ഷകനോ അപേക്ഷകയോ വിവാഹം കഴിഞ്ഞതാണെങ്കിൽ ഈ വിഭാഗത്തിലെ ചോദ്യങ്ങൾക്ക് ഉത്തരം നൽകേണ്ടതാണ്.	
A	ജീവിത പങ്കാളിയുടെ പേര്	S. മർജിധരൻ
B	തൊഴിൽ	ടാപിങ്ങ്
C	ഫോൺ നമ്പർ	9847845574
D	കുട്ടികളുടെ എണ്ണം	ഒൻപത്
E	1. കുട്ടിയുടെ പേരും വയസ്സും	—
	പഠിക്കുന്ന സ്ഥാപനത്തിന്റെ പേരും മേൽവിലാസവും	—
F	2. കുട്ടിയുടെ പേരും വയസ്സും	—
	പഠിക്കുന്ന സ്ഥാപനത്തിന്റെ പേരും മേൽവിലാസവും	—
G	3. കുട്ടിയുടെ പേരും വയസ്സും	—
	പഠിക്കുന്ന സ്ഥാപനത്തിന്റെ പേരും മേൽവിലാസവും	—

H	കുട്ടികളുടെ പ്രതിമാസത്തെ ശരാശരി പഠന ചിലവ്	—
I	അപേക്ഷകന്റെ കുടുംബത്തിന്റെ മാതൃകാ പ്രതിമാസചിലവ് (രൂപ)	10,000/-
17	അപേക്ഷകൻ കാരണമായ സാഹചര്യത്തെ സംബന്ധിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ:	
A	സാമ്പത്തിക സഹായം ആവശ്യമായ സാഹചര്യം (യോജിച്ചവ ടിക് ചെയ്യുക)	മക്കളുടെ വിദ്യാഭ്യാസം (ക്രമനമ്പർ 19 മാത്രം പൂരിപ്പിക്കുക) / കുടുംബാംഗങ്ങളുടെ ചികിത്സ (ക്രമനമ്പർ 18 മാത്രം പൂരിപ്പിക്കുക) / മക്കളുടെ വിവാഹം (ക്രമനമ്പർ 20 മാത്രം പൂരിപ്പിക്കുക) / മറ്റുള്ളവ
B	ഉത്തരം മറ്റുള്ളവ എന്നാണെങ്കിൽ വിശദമാക്കുക	
18	കുടുംബാംഗത്തിന്റെ ചികിത്സാ വിവരങ്ങൾ	
A	രോഗാവസ്ഥയെക്കുറിച്ച് വിവരണം നൽകുക (ആവശ്യമെങ്കിൽ കൂടുതൽ രേഖകൾ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്)	ഡയലിസിസ് പെന്റൻസ് ആക്യൂട്ടായിൽ 3 വച്ച് ഒരു മാസം 11,01,12 രൂപ
B	ചികിത്സിക്കുന്ന സ്ഥാപനത്തിന്റെ പേരും മേൽവിലാസവും	P. K. Das Hospital, Vaniyankulam
C	ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടറുടെ പേരും ഫോൺ നമ്പറും	Dr. Amrutha (Nephrologist)
D	ചികിത്സക്ക് വേണ്ടിവരുന്ന പ്രതിമാസ ചിലവ്	1300/- per dialysis + medicine + instruments Rs. 2500/- Per month

E	ചികിത്സയെ സംബന്ധിച്ച് ഭാവി പദ്ധതികളും അവക്ക് കണക്കാക്കിയിട്ടുള്ള ഏകദേശ ചിലവുകളുടെയും വിവരങ്ങൾ രേഖപ്പെടുത്തുക.	
F	മറ്റേതെങ്കിലും ദേശാതസ്ഥികളിൽനിന്നും സഹായം ലഭിക്കുന്നുണ്ടെങ്കിൽ അതിന്റെ പൂർണ്ണ വിവരങ്ങൾ	2 മാസം ചെലവ് പണിയുന്നത് 4000/- Per month തിരിയ്ക്കത്തിൽ ഗ്രേഡ് Fund ഉൾക്കൊള്ളുന്ന കാരണം തിരിയ്ക്കിയിട്ടുണ്ട്.
19	മക്കളുടെ വിദ്യാഭ്യാസത്തിന് ആവശ്യമായ തുക	-
20	കുടുംബത്തിലെ വിവാഹത്തിന് ആവശ്യമായ സഹായത്തേക്കുറിച്ചുള്ള വിവരണം നൽകുക.	-

* കുടുംബത്തിന്റെ മൊത്തം വരുമാനം കണക്കാക്കുമ്പോൾ തൊഴിൽ, കൃഷി, ബിസ്നസ്സുകൾ എന്നിവയും പരിഗണിക്കേണ്ടതാണ്.

ചങ്ങാതിക്കൂട്ടം ചാരിറ്റബിൾ ട്രസ്റ്റിന് കൈമാറുന്ന ഈ വിവരങ്ങൾ സത്യസന്ധവും പരമാർത്ഥവുമാണെന്നും, ഇവ നൽകാൻ ഉത്തരവാദിത്തപ്പെട്ട വ്യക്തിയാണെന്നും, തെറ്റായ വിവരങ്ങൾ നൽകി ട്രസ്റ്റിനെ കബളിപ്പിക്കുന്ന പക്ഷം ഭാവിയിൽ സഹായതുക തിരിച്ചു നൽകാനും കോടതി നടപടികൾ നേരിടാനും തയ്യാറാണെന്നും ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

ട്രസ്റ്റിൽ നിന്നും സഹായം സ്വീകരിക്കുന്ന പക്ഷം ട്രസ്റ്റിന്റെ പ്രചരണാർത്ഥം രഹസ്യവിവരങ്ങൾ ചോരാത്ത വിധത്തിൽ സാമൂഹ്യമാധ്യമങ്ങളിൽ ഈ വാർത്ത പ്രസിദ്ധീകരിക്കാൻ ട്രസ്റ്റിന് അനുമതി നൽകുന്നു.

അപേക്ഷകന്റെ പേര്: രത്നപ്രഭ

ഒപ്പ്: 

തീയതി 23/03/25

പ്രസ്താവന:

ഭൂസ്ഥിൻ കൈമാറുന്ന വിവരങ്ങളുടെ രഹസ്യ സ്വഭാവം മനസ്സിലാക്കി അവ സൂക്ഷിക്കാൻ ഭൂസ്ഥി ഉത്തരവാദികളായിരിക്കും.

ചങ്ങാതിക്കുട്ടം ചാരിറ്റബിൾ ഭൂസ്ഥിൻ വേണ്ടി,

തീയതി: 23/03/25

സ്ഥലം: