

**OFFICE OF THE SECRETARY / TREASURER, KARNATAKA STATE STUDENTS
WELFARE FUND, 5TH MAIN ROAD, 4TH CROSS, GANDHINAGAR,
BANGALORE - 560 009**

**ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ / ಖಜಾಂಚಿಗಳ ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳ ಕ್ಷೇಮಾಭಿವೃದ್ಧಿ ನಿಧಿ, 5ನೇ ಮುಖ್ಯರಸ್ತೆ,
4ನೇ ಅಡ್ಡರಸ್ತೆ, ಗಾಂಧಿನಗರ, ಬೆಂಗಳೂರು - 560 009**

APPLICATION FOR **FINANCIAL ASSISTANCE** TOWARDS MEDICAL EXPENSES OF STUDENTS (TO BE APPLIED WITHIN ONE YEAR FROM THE DATE OF TREATMENT THROUGH PROPER CHANNEL)

ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಧನಸಹಾಯ ಕೋರಿ ಸಲ್ಲಿಸುವ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ (ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಒಂದು ವರ್ಷದೊಳಗೆ ಸೂಕ್ತ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ಮೂಲಕ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು)

DISTRICT : _____ ಜಿಲ್ಲೆ,	TALUK : _____ ತಾಲ್ಲೂಕು
--------------------------	------------------------

1. ಅರ್ಜಿದಾರರ ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಖಾಯಂ ವಿಳಾಸ (ದಪ್ಪ ಅಕ್ಷರಗಳಲ್ಲಿ) : _____
 Full Name and permanent Address of the applicant : _____
 (Block Letters) : _____
 : _____

2. a) ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಯ ಹೆಸರು / Name of the Student (Patient) : _____
 b) ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ವಯಸ್ಸು / Date of Birth and Age : _____ & _____ ವರ್ಷ / Years
 c) Dependent / Not Dependent of Applicant : ಅರ್ಜಿದಾರರ ಅವಲಂಬಿತರು / ಅವಲಂಬಿತರಲ್ಲ.
 Tick whichever is applicable ಅನ್ವಯಿಸುವುದನ್ನು () ಇದರಿಂದ ಗುರುತಿಸಿ.
 d) Major / Minor : ಪ್ರಾಪ್ತ ವಯಸ್ಕ / ಅಪ್ರಾಪ್ತ ವಯಸ್ಕ

3. ತಂದೆ-ತಾಯಿ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿದ್ದರೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ವಿವರಗಳನ್ನು ನಮೂದಿಸಿ.
 If the parents of student are working give the following particulars

Sl. No. ಕ್ರ.ಸಂ.	Particulars / ವಿವರಗಳು	Father / ತಂದೆ	Mother / ತಾಯಿ
1.	ಹೆಸರು / Name		
2.	ಹುದ್ದೆಯ ಹೆಸರು / Designation		
3.	ಸಂಸ್ಥೆಯ ಹೆಸರು / Name of the Institution		
4.	ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಹೆಸರು / Name of the District		

4. ಕಾಯಿಲೆಯ ಸ್ವರೂಪ / NATURE OF ILLNESS : _____
 ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು : _____
 HOSPITAL IN WHICH TREATMENT IS TAKEN : _____

5. PERIOD OF TREATMENT

(ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದ ಅವಧಿ)

FROM TO

ಇಂದ

ವರೆಗೆ

Total expenditure (Statement to be enclosed) ಉರ್ಚು ಮಾಡಲಾದ ಮೊತ್ತ (ಬಿಲ್ಲುಗಳ ಪಟ್ಟಿ ಮಾಡಿ ಲಗತ್ತಿಸಿ)	No. of BILLS ಬಿಲ್ಲುಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ	AMOUNT ಮೊಬಲಗು

ಅರ್ಜಿದಾರರ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ / CERTIFICATE OF THE APPLICANT

1. ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿರುವ ಮಾಹಿತಿಗಳು ನನ್ನ ತಿಳಿದ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಸರಿಯಾದವುಗಳೆಂದು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ. ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದು ಪಕ್ಷ ಸುಳ್ಳು ಎಂದು ಕಂಡು ಬಂದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ/ ಖಜಾಂಚಿಗಳು, ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳ ಕ್ಷೇಮಾಭಿವೃದ್ಧಿ ನಿಧಿ, ಇವರು ಕೈಗೊಳ್ಳುವ ಶಿಸ್ತಿನ ಕ್ರಮಕ್ಕೆ ನಾನು ಒಳಪಡುತ್ತೇನೆಂದು ತಿಳಿದಿದೆ.

I certify that to the best of my knowledge and belief the particulars given above, are correct. I know that in the event of any item proving otherwise I shall be liable to such action as the Secretary / Treasurer, Karnataka State Students Welfare Fund, may deem fit to take in the matter.

2. ಸದರಿ ರೋಗಿಯು ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಒಬ್ಬ ಸದಸ್ಯರಾಗಿದ್ದು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ನನ್ನ ಅವಲಂಬಿತರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ.

The patient is a member of my family and is wholly dependent on me.

ಸ್ಥಳ / Place :

ದಿನಾಂಕ / Date :

ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಹಿ

Signature of the applicant

**ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಯು ವ್ಯಾಸಂಗ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರಿಂದ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ
Certificate by the Head of the Institution where the student is studying**

ಕುಮಾರಿ / ಕುಮಾರ

ನಮ್ಮ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಕಳೆದ

ವರ್ಷಗಳಿಂದ ವ್ಯಾಸಂಗ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದು, ಪ್ರಸ್ತುತ

ವರ್ಷದಲ್ಲಿ

ತರಗತಿಯಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಸಂಗ

ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದಾನೆ/ಳೆ. ಈ ಅರ್ಜಿಯಲ್ಲಿ ನೀಡಿರುವ ಮಾಹಿತಿ ಸರಿಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ಪ್ರಮಾಣಿಸಿದೆ.

This is to certify that, Kum. _____ is studying in our institution for the last _____ years. During _____ current year he/she is studying in _____ standard and the information furnished is correct.

Date : ದಿನಾಂಕ

Place : ಸ್ಥಳ

Signature & seal of the Head of the Institution

ಸಂಸ್ಥೆಯ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಮೊಹರು

ಮುಂಗಡ ಹಣ ಸಂದ ರಶೀತಿ / ADVANCE RECEIPT

ನನ್ನ ಮಗ / ಮಗಳು

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಮಂಜೂರಾದ

. ರೂಗಳ ಧನ ಸಹಾಯವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿರುತ್ತೇನೆ.

I acknowledge the receipt of Rs. (Rupees only) being the financial aid sanctioned to my son/daughter for the medical treatment.

Rs. 1/-
Revenue
Stamp

Date : ದಿನಾಂಕ

Place : ಸ್ಥಳ

Signature & Address of Applicant / ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ

RECOMMENDATION OF CONTROLLING AUTHORITY

ನಿಯಂತ್ರಣಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಶಿಫಾರಸ್ಸು

1. ಈ ಮೂಲಕ ಪ್ರಮಾಣಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ, ಶ್ರೀಮತಿ / ಶ್ರೀ ರವರು ಅವರ ಮಗಳು / ಮಗ ಕು. ರವರ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಧನ ಸಹಾಯಕ್ಕಾಗಿ ನೆರವು ಕೋರಿದ್ದು ಅದನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು. ಅವರು ನೀಡಿರುವ ಮಾಹಿತಿ ಸರಿಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ಪ್ರಮಾಣಿಸಿದೆ.

This is to certify that Sri/Smt. is applying for Student Medical Assistance of his/her Son/Daughter which may be considered. The information furnished by the applicant is correct.

Place : ಸ್ಥಳ

Date : ದಿನಾಂಕ

Signature of the DPI/DDPI/BEO/Director of
Technical / Medical / Collegiate Education /
Registrar (with seal)

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ / Medical Certificate

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ / To be issued only by the Hospital Authorities only

This is to certify that, Kum aged years, Son / Daughter of Smt./Sri.....working as in was suffering from (Please write clear diagnosis) and was treated as inpatient / outpatient. He was admitted to this Hospital from To During this period, He/She was treated medically/surgically and he/she underwent (Please mention the treatment given/ surgery performed).

ಈ ಮೂಲಕ ಪ್ರಮಾಣಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ

ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಶ್ರೀಮತಿ / ಶ್ರೀ

ರವರ

ಆಗಿ ಕೆಲಸ

ವಯಸ್ಸಿನ ಮಗಳು

/ ಮಗ ಕುಮಾರಿ/ಕುಮಾರ ಸ್ವಪ್ನವಾಗಿ ನಮೂದಿಸುವುದು) ಹಾಗೂ ಸದರಿ ರೋಗಿಯನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ದಿನಾಂಕ

ರಿಂದ

ರವರೆಗೆ ಒಳರೋಗಿ/ಹೊರರೋಗಿಯನ್ನಾಗಿ ದಾಖಲಿಸಿಕೊಂಡು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಮೇಲ್ಕಂಡ

ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಸದರಿ ರೋಗಿಗೆ

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ / ಶಸ್ತ್ರ

ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಲಾಗಿದ್ದು ವೈದ್ಯೋಪಚಾರ / ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿವರಗಳನ್ನು ನಮೂದಿಸುವುದು.

Date : ದಿನಾಂಕ

Place : ಸ್ಥಳ

Signature & seal of the Head of the Institution

ಸಂಸ್ಥೆಯ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಮೊಹರು

ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಸೂಚನೆಗಳು / Instructions to the applicant

1. ಪ್ರತಿ ಕಾಲನಲ್ಲಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ನಮೂದಿಸಿ, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದ ಒಂದು ವರ್ಷದೊಳಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಕ್ಷೇತ್ರ ಶಿಕ್ಷಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಶಿಕ್ಷಣ ಇಲಾಖೆ, ಅಥವಾ ಸಂಬಂಧ ಪಟ್ಟ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ಮೂಲಕವೇ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು.

Application with complete information should reach this office within one year from the date of treatment through Block Educational Officer of the concerned Taluks or appropriate Authority.

2. ಮನೆ ವಿಳಾಸ ಬದಲಾದ ಪಕ್ಷದಲ್ಲಿ ಕೂಡಲೇ ಬದಲಾದ ವಿವರಗಳನ್ನು ಈ ಕಛೇರಿಗೆ ತಿಳಿಸಬೇಕು.

If there is any change of residential address inform this office immediately.

3. ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಹಿ ಇಲ್ಲದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅಂತಹ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

Application which does not contain Signature of the applicant, will not be considered.

4. ಅರ್ಜಿದಾರರ ಅವಲಂಬಿತರು ಪ್ರಾಪ್ತ ವಯಸ್ಕರಾಗಿದ್ದರೂ ವ್ಯಾಸಂಗ ಮುಂದುವರೆಸುತ್ತಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅಂತಹ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುವುದು.

In case of 'MAJOR' dependents of the applicants, their applications will be considered only if they are continuing their studies.

5. ಅಧಿಕೃತ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ (ನಿಧಿಗಳ ಕಛೇರಿಯು ಅನುಮೋದಿಸಿದ ಖಾಸಗಿ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಂಗಳು) ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯದೇ ಇದ್ದರೂ ಅಂತಹ ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ಶಾಲೆಗಳ ಮುಖ್ಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿವೀಕ್ಷಕರು ತುರ್ತು ಪ್ರಕರಣವೆಂದು ಸಮರ್ಥಿಸಿದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಆರ್ಥಿಕ ನೆರವನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುವುದು.

If treatment is not obtained in the authorized hospital, claims will be considered only if the case is considered as EMERGENCY by the Chief Medical Inspector of Schools.