

MUALLIM WELFARE FUND

Under : SUNNI JAM'IYYATHUL MU'ALLIMEEN
SAMASTHA CENTRE, JAFARKHAN COLONY, KOZHIKODE - 6

Phone : 0495-2772846, 2772847, E-mail: sjmstatecommittee@gmail.com, Web: sjmindia.org

No:

സ്മേഹസ്പർശം

Photo

അപേക്ഷകന്റെ പേര്

ജനന തിയ്യതി

പിതാവിന്റെ പേര്

വീട്ടുപേര്

സ്ഥലം

പോസ്റ്റ്

ജില്ല

പിൻകോഡ്

ഫോൺ :

ഇ മെയിൽ

M.S.R നമ്പർ

M.S.R ലഭിച്ച തിയ്യതി

ജോലി ചെയ്യുന്ന മദ്ദസയുടെ പേര്

നമ്പർ

സ്ഥലം

പോസ്റ്റ്

പിൻകോഡ്

ജില്ല

സംസ്ഥാനം

റെയ്ഞ്ച്

മുമ്പ് ജോലി ചെയ്ത മദ്ദസ

നമ്പർ

റെയ്ഞ്ച്

ജില്ല

രണ്ടു വർഷത്തിനിടയിൽ എസ്.ജെ.എം നടത്തിയ ഹിസ്ബ് കോഴ്സിൽ പങ്കെടുത്തിട്ടുണ്ടോ.?

ഉണ്ട്

ഇല്ല

സർട്ടിഫിക്കറ്റ് നമ്പർ

മുമ്പ് സഹായം ലഭിച്ച ആവശ്യം

തിയ്യതി

സഹായത്തിന്റെ ആവശ്യം രോഗമാണോ അപകടമാണോ ?

ആർക്കുവേണ്ടിയാണ് അപേക്ഷിക്കുന്നത്

മുഅല്ലിം

ദാദ്യ

രോഗത്തിന്റെ / അപകടത്തിന്റെ സ്വഭാവം :

അപേക്ഷകന്റെ പേര്, ഒപ്പ്

ചികിത്സിച്ച ഹോസ്പിറ്റൽ

ചെലവായ തുക

അപേക്ഷകൻ ജോലി ചെയ്യുന്ന മദ്ദസ പ്രസിഡൻ്റ്/സെക്രട്ടറിയുടെ പേര്, ഒപ്പ്, ഫോൺ നമ്പർ	സ്വദേശ യൂണിറ്റ് കേരള മുസ്ലിം ജമാഅത്ത് പ്രസിഡൻ്റ്/ സെക്രട്ടറിയുടെ പേര്, ഒപ്പ്, ഫോൺ നമ്പർ		
സീൽ	സീൽ		
റെയ്ഞ്ച് സെക്രട്ടറി റിപ്പോർട്ട്			
1 അപേക്ഷകൻ റെയ്ഞ്ചിൽ ചേർന്ന തിയ്യതി	<input type="text"/>		
2 അപേക്ഷകൻ കഴിഞ്ഞ വർഷത്തിൽ എത്ര റെയ്ഞ്ച് മീറ്റിംഗിൽ പങ്കെടുത്തു	<input type="text"/>		
3 കഴിഞ്ഞ വർഷം മുഅല്ലിം വിഹിതം അടച്ചിട്ടുണ്ടോ	<input type="text"/>		
4 അപേക്ഷകൻ്റെ മദ്ദസയിലെ സുന്നത്തിൻ്റെ എണ്ണം	<input type="text"/>		
5 അപേക്ഷകൻ്റെ മദ്ദസയിലെ കുസുമത്തിൻ്റെ എണ്ണം	<input type="text"/>		
6 അപേക്ഷകൻ്റെ മദ്ദസയിൽ എസ്.ബി.എസ് പ്രവർത്തിക്കുന്നുണ്ടോ?	<input type="text"/>		
7. എസ്.ബി.എസ് അംഗീകരണ നമ്പർ	<input type="text"/>		
8. അപേക്ഷകൻ ഈ വർഷം അവസാനം പങ്കെടുത്ത റെയ്ഞ്ച് മീറ്റിംഗ് തിയ്യതി	<input type="text"/>		
റെയ്ഞ്ച് സെക്രട്ടറി/വെൽഫെയർ സെക്രട്ടറി പേര്, ഒപ്പ് : ഫോൺ നമ്പർ : തിയ്യതി : സീൽ			
ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം			
ഫോറം കിട്ടിയ തിയ്യതി	<input type="text"/>	യോഗം നടന്ന തിയ്യതി	<input type="text"/>
യോഗാധ്യക്ഷൻ്റെ പേരും ഒപ്പും	<input type="text"/>		
പാസാക്കിയ സംഖ്യ അക്കത്തിൽ	<input type="text"/>		
അക്ഷരത്തിൽ	<input type="text"/>		
സംഖ്യ കൊടുത്ത തിയ്യതി	<input type="text"/>		
സംഖ്യ വാങ്ങിയ ആളുടെ പേര്, ഒപ്പ്	<input type="text"/>		
ഫോൺ നമ്പർ	<input type="text"/>		

Nb: എം. എസ്. ആർ, ചികിത്സാ ബില്ലുകൾ, ബാങ്ക് പാസ്ബുക്ക് എന്നിവയുടെ കോപ്പികൾ അപേക്ഷയോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കണം.