



MUALLIM WELFARE FUND

Under : SUNNI JAM'IYYATHUL MU'ALLIMEEN

SAMASTHA CENTRE, JAFARKHAN COLONY, KOZHIKODE - 6

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

നിബന്ധനകൾ

- അപേക്ഷകൻ എസ്.ജെ.എം പ്രവർത്തനങ്ങളോട് പൂർണ്ണമായും സഹകരിക്കുന്നവരായിരിക്കണം.
- സർവീസിലിരിക്കെ അസുഖം ബാധിച്ചവരാകണം.
- നിത്യരോഗിയായി മെഡിസിൻ കഴിക്കുന്ന ആളായിരിക്കണം.
- അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഡോക്ടറുടെ സാക്ഷ്യപത്രം ഹാജരാക്കണം.

അപേക്ഷകന്റെ പേര്				Photo
ജനന തീയതി				
പിതാവിന്റെ പേര്				
വീട്ടുപേര്				
സ്ഥലം		പോസ്റ്റ്		
ജില്ല		പിൻകോഡ്		
ഫോൺ		ഇ മെയിൽ		
MSR നമ്പർ		MSR ലഭിച്ച തീയതി		
ഇപ്പോൾ ജോലി ചെയ്യുന്ന മദ്ദിസ		അം. നമ്പർ		
സ്ഥലം		പോസ്റ്റ്		
റെയ്ഞ്ച്		പിൻകോഡ്		
ജില്ല		സംസ്ഥാനം		

രോഗം	വിശദവിവരങ്ങൾ
സ്ട്രോക്ക് ☐	
കാൻസർ ☐	
കിഡ്നി ☐	
കരൾ ☐	
ഹാർട്ട് ☐	
മറ്റുള്ളവ ☐	

ചികിത്സ	ഡയാലിസിസ്	കീമോ	മറ്റുള്ളവ
മാസാന്ത ചികിത്സാ ചെലവ്			
അപേക്ഷകന്റെ പേര്, ഒപ്പ്			
ചികിത്സിച്ച ഹോസ്പിറ്റൽ			

അപേക്ഷകൻ ജോലി ചെയ്യുന്ന മദ്ദസ പ്രസിഡണ്ട്/സെക്രട്ടറിയുടെ പേര്, ഒപ്പ്, ഫോൺ നമ്പർ	സ്വദേശ യൂണിറ്റ് കേരള മുസ്ലിം ജമാഅത്ത് പ്രസിഡണ്ട്/സെക്രട്ടറിയുടെ പേര്, ഒപ്പ്, ഫോൺ നമ്പർ
സീൽ	സീൽ

സാക്ഷ്യപത്രം - റെയ്ഞ്ച് സെക്രട്ടറി

അപേക്ഷകൻ എസ്.ജെ.എം പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ സജീവപങ്കാളിത്തമുള്ളവരും സഹായത്തിനർഹനാണെന്നും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

റെയ്ഞ്ച് സെക്രട്ടറി/വെൽഫെയർ സെക്രട്ടറി പേര്, ഒപ്പ് :
ഫോൺ നമ്പർ : തിയ്യതി : സീൽ:

ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന്

അന്വേഷണ റിപ്പോർട്ട്

മദ്ദസയിലെ വിദ്യാർത്ഥികൾ	ഉസ്താദുമാർ	ഗുരുനിധി ബോക്സ്
നിലവിൽ വിഹിതം : ഉണ്ട് ഇല്ല	സുന്നത്ത് എണ്ണം	കുസുമം എണ്ണം
ഹിസ്ബ് :	ഖത്തുന്നസ്ഖ് :	എം.ഇ.പി 1: എം.ഇ.പി 2:

ഫോറം കിട്ടിയ തിയ്യതി	യോഗം നടന്ന തിയ്യതി
യോഗാധ്യക്ഷന്റെ പേരും ഒപ്പും	
പാസാക്കിയ സംഖ്യ അക്കത്തിൽ	
അക്ഷരത്തിൽ	
സംഖ്യ കൊടുത്ത തിയ്യതി	
സംഖ്യ വാങ്ങിയ ആളുടെ പേര്, ഒപ്പ്	
ഫോൺ നമ്പർ	

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