



Green Heals Educational & Charitable Trust

கிரீன் ஹீல்ஸ் கல்வி மற்றும் அறக்கட்டளை

Reg.No.64/2019

No.6, Jawahar Nagar, NGO 'B' Colony

எண் 6, ஜவஹர் நகர், என்.ஜி.ஓ 'பி'காலனி

Tirunelveli, TamilNadu, INDIA-627 007.

திருநெல்வேலி, தமிழ்நாடு, இந்தியா -627 007.

Mob: +91 98943 43699

E-Mail:greenhealstrust@gmail.com

www.greenhealstrust.org

Medical Relief Scholarship Application மருத்துவ நிவாரண உதவித்தொகை விண்ணப்பம்

Affix Passport size photo with self attestation	(For Office Use Only)		Application Number	Approved Amount
	Received Date			
	Application Accepted			
	YES	NO		

You are applying under any of the following categories? கீழ்காணும் எந்த பிரிவின் கீழ் விண்ணப்பிக்கிறீர்கள்?		Educational status of the applicant? விண்ணப்பதாரரின் கல்வி நிலை?		Parent status of the applicant? விண்ணப்பதாரரின் பெற்றோர் நிலை?	
Medical Equipments மருத்துவ உபகரணங்கள்		Up to 10 th Std 10-ம் வகுப்புவரை		Both Mother and Father தாய்,தந்தை இருவரும் உள்ளனர்	
Medicines மருந்துகள்		Up to 12 th Std 12-ம் வகுப்புவரை		Mother Only தாய் மட்டும்	
Food உணவு		I.T.I/Diploma ஐ.டி.ஐ/ டிப்ளமோ		Father Only தந்தை மட்டும்	
Others மற்றவை		Bachelor's Degree இளங்கலை		Neither Mother nor Father தாய்,தந்தை இருவரும் இல்லை	
		Master's Degree முதுகலை			

I.Applicant's Personal Details

விண்ணப்பதாரரின் தனிப்பட்ட விவரங்கள்

Name of Applicant விண்ணப்பதாரரின் பெயர்								
Aadhar Number ஆதார் எண்								
Date of Birth பிறந்த தேதி				Gender பாலினம்	Male ஆண்		Female பெண்	Transgender திருநங்கை
Address முகவரி								
E-Mail மின்னஞ்சல்								
Mobile Number 1 கைபேசி எண் 1				Mobile Number 2 கைபேசி எண் 2				

II.Applicant's Educational ,Family and Medical Background Details

விண்ணப்பதாரரின் கல்வி, குடும்ப மற்றும் மருத்துவ பின்னணி விவரங்கள்

Educational Qualification கல்வி தகுதி			
Details of affected diseases பாதிக்கப்பட்டுள்ள நோய்கள் பற்றிய விபரம்			
Do you live with your son? Do you live with your daughter? Do you live alone? மகனுடன் வசிக்கின்றீர்களா? .மகளுடன் வசிக்கின்றீர்களா?.தனியாக வசிக்கின்றீர்களா?			
Family Annual Income குடும்ப ஆண்டு வருமானம்		Number of family members குடும்ப நபர்களின் எண்ணிக்கை	

III.Applicant's Requisition Details

விண்ணப்பதாரரின் கோரிக்கை விவரங்கள்

Scholarship required for purchase of Medical Equipments (in Rs.) மருத்துவ உபகரணங்கள் வாங்க தேவைப்படும் உதவித்தொகை	
Scholarship required for purchase of Medicines (in Rs.) மருந்துகள் வாங்க தேவைப்படும் உதவித்தொகை	
Scholarship required for daily meals (in Rs.) தினசரி உணவிற்கு தேவைப்படும் உதவித்தொகை	

IV.Bank Account Details

வங்கி கணக்கு விவரங்கள்

Account Number கணக்கு எண்	Account Name கணக்கு பெயர்
Bank Name வங்கி பெயர்	IFSC Code
Branch Name கிளை பெயர்	

Declaration/உறுதிமொழி

I declare you that all the details mentioned above are correct.Any of the above details if wrong, I am only the responsible for that.

மேலே குறிப்பிட்டுள்ள அனைத்து விவரங்களும் சரியானவை என்று நான் உங்களுக்கு உறுதியளிக்கிறேன்.

மேற்கூறிய விவரங்களில் ஏதேனும் தவறு இருந்தால், அதற்கு நான் மட்டுமே பொறுப்பு.

Enclosures

இணைப்புகள்

1. Aadhar card Copy ஆதார் அட்டை நகல்
2. Doctor prescription letter மருத்துவர் பரிந்துரை கடிதம்
3. Bank Passbook Copy வங்கி கணக்கு புத்தக நகல்
4. Doctor prescribed medicines list மருத்துவர் பரிந்துரைத்த மருந்துகளின் பட்டியல்
5. Estimated Price list for Medical Equipments
மருத்துவ உபகரணங்களுக்கான மதிப்பிடப்பட்ட விலை பட்டியல்

Applicant's Signature

விண்ணப்பதாரர் கையொப்பம்

Date தேதி :

Place இடம் :

Send the completed application form by Post or E-mail.

பூர்த்தி செய்யப்பட்ட விண்ணப்ப படிவத்தை தபால் அல்லது மின்னஞ்சல் மூலம் அனுப்பவும்.