

# BOSA- Charity

II Floor, Balanagar Press Building  
Mookkannur-683 577

Mob: 9645562656, Email: bosamknr@gmail.com

---

## ചികിത്സാ സഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷഫോറം

രോഗിയുടെ പേര് :  
വയസ്സ് :  
രോഗവിവരം :  
അപേക്ഷകന്റെ പേര് :  
അഡ്രസ്സ് :

ബന്ധപ്പെടേണ്ട ഫോൺനമ്പർ :

ബോസയുടെ അംഗീകരിക്കപ്പെട്ട  
അംഗം ആണോ എന്ന് : അതെ/അല്ല

### കുടുംബവിവരങ്ങൾ

1) ആകെ അംഗങ്ങൾ :  
2) ജോലിയുള്ളവർ :  
3) ആകെ മാസവരുമാനം :

സ്ഥലം: ഒപ്പ്

തീയതി: പേര്:

---

### ഓഫീസ് ആവശ്യത്തിന്

നം.

അപേക്ഷ കിട്ടിയ തീയതി:

തീർപ്പാക്കിയ തീയതി:

അനുവദിച്ച തുക :

പ്രസിഡന്റ്/സെക്രട്ടറി