


To Mr. Abraham Chirackal,
The Co-Ordinator,
ICON.

ബഹുമാനപ്പെട്ട Co-ordinator
Icon Trust സ്വാതന്ത്ര്യ ചിട്ടാർ എന്ന നൂലാൻ
മാനാജ്മെന്റിൽ വിട്ടിൽ ബസ്സ് ഹോമസ്
മേൽ ബസ്സ്. ഒരു ബോധിപ്പിക്കുന്ന അപേക്ഷ.

സർ,
എന്റെ ഭാര്യയെ അടിയന്തിരമായി ചികിത്സിക്കാനായ
വാൾ ഒരു സർജനുകൂടിയ കിരണനാശം ശ്രീവിദ്യ
വെഡിക്കൽ സെന്ററിൽ വിശ്വസനീകരിക്കുകയാണ്.
ഓഗസ്റ്റ് 11-ാം തീയതി സെന്ററിയിലാണ് പ്രവേശനം
നിർദ്ദേശിച്ചിരിക്കുന്നത്. അദ്ദേഹം സാമ്പത്തികമായി നിർ-
വഹന കഴിയാതെ ചികിത്സിക്കാനാവാൻ നിർദ്ദേശിക്കുന്നു.
അതിൽ 4 വയസ്സുള്ള ഒരു മകനും 1 വയസ്സുള്ള
മകളുമാണുള്ളത്. ചികിത്സാച്ചെലവിനായി പണം സ്വരൂപി-
ക്കാൻ പ്രയാസമുണ്ടാകുന്നുണ്ട്. ആയതിനാൽ വരുമാനം
അത് കുറയ്ക്കുന്നതാണ്. ആയതിനാൽ സാമ്പത്തിക നിർ-
വഹനത്തിൽ അനുകൂലമായ ഒരു ധനസഹായം നൽകി
ത്തുടങ്ങിയ സഹായിക്കണമെന്ന് അപേക്ഷി-
ക്കുന്നു.

ചിട്ടാർ
29-7-14

എന്ന്,
ബസ്സ്. മെ. 
മാനാജ്മെന്റിൽ വിട്ടിൽ
ചിട്ടാർ. ചി. 3
മേൽമാതൃ,
Pin: 689663
Ph: 9495545283
a/k നം: 67211468188

അതിൽ ;
സഹായ ബസ്സ് [24]
മാനാജ്മെന്റിൽ വിട്ടിൽ
ചിട്ടാർ. ചി. 3

KARUNYA BENEVOLENT FUND

(Directorate of State Lotteries)

ESTIMATE OF EXPENDITURE

(To be obtained from the consulting Doctor & countersigned by the authorized person of the Hospital concerned and submitted along with the application for financial assistance under Karunya Benevolent Fund)

1. Name & Address of the Hospital: SCTIMST, Tum-11
2. Name of Patient : Saramma . T . M
3. Address : (as per hospital records)
 - i. House Name/No. : NO. 239
 - ii. Place/Village : Kantharayal
 - iii. Grama Panchayat/Municipality/Corporation :
 - iv. Post Office: Chittar PIN: 689663
 - v. Taluk:
 - vi. District: Pathanamthitta
4. Age: 24
5. Name of Father/Mother/Husband: C/o. Tadas
6. Registration No. / IP No. : 328320 Date: 2/5/2014
7. Diagnosis: A.C.H.D, SS, LC, CS-ASD
8. Proposed date for Operation : ASD-DC - on 11/8/2014
9. Priority of treatment/Operation: Emergency / within 3 months/within 3 to 6 months
10. Approximate period of treatment required:
11. Approximate expenditure for:

a. Investigations	Rs. 10,000	b. Drugs	Rs. 10,000
c. Surgery	Rs. 90,000	d. Chemotherapy	Rs. -
e. Radiotherapy	Rs. -	f. Hospital stay	Rs. 5,000
g. Supportive care	Rs. 5,000	h. Other items	Rs. -

Total Estimated expenditure : Rs. 120,000/-

12. Whether the patient has availed / proposed to avail any financial assistance from State / Central Govt. If so please give details:

13. Remarks:

Signature

Name & Designation
of the Consulting Doctor

13/6/2014

Date

(Office seal)

ADMINISTRATIVE

Signature

Name & Designation

Head of the Hospital/Authorized signatory

Details of Hospital's Bank A/c to which the Amount is to be transfer credited

Sree Chitra Tirunal Institute For Medical Sciences & Technology,
Thiruvananthapuram - 11

Name

Hosp. No :

PRESCRIPTION

DO NOT SUBSTITUTE



378320/CM

SARAMMA T M
Age - Y24 M1 D11/F/B1/

ACHD, SS, LC, FC I

26mm OS ASD L→R

RAIRV dilated.

NO PAM, SR, NO WIRV found.

plan - Cath study for shunt quantification
ASD ASD-DC

Adv - NO cardiac drugs.

Review after 6 months / 100% on call

Date for Admission / Assessment
11.8.14

(WIRV)

ST. THOMAS ORTHODOX CHURCH

VAYYATTUPUZHA P. O., CHITTAR, PIN 689 663

PATHANAMTHITTA, KERALA, INDIA.

Ph: 04735 - 256181

No.

Date...18-07-2014

This is to certify that Mrs. Saramma T.M, w/o Titus K Kanathara Chittar P.O is our parish member. She is undergoing treatment at Sree Chitra Tirunal Institute For medical Science and Technology, Thiruvananthapuram. As an economically backward family, they have no options for her treatment.

In this circumstance, I humbly request you to consider this application and grant a considerable amount for her treatment.

May God bless you,
Thanking you.
Yours sincerely



F. 

FR. JOB. S. KUTTIKANDATHIL
VICAR

9495319732