



ಕರ್ನಾಟಕ ಆರ್ಯವೈಶ್ಯ ಮಹಾಸಭ (ರಿ)

ನಂ.16, ಶೇಷಾದ್ರಿ ರಸ್ತೆ, ಗಾಂಧಿನಗರ, ಬೆಂಗಳೂರು - 560009



ವಾಸವಿ ಕರುಣಾಶ್ರಯ

ದಿನಾಂಕ:.....

ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

ಅರ್ಜಿ ಸಂಖ್ಯೆ:.....

ಈ ಕೆಳಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡಿರುವ ನಾನು ವಾಸವಿ ಕರುಣಾಶ್ರಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರವೇಶ ಕೋರಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಪುರಸ್ಕರಿಸಿ ನನಗೆ ವಾಸವಿ ಕರುಣಾಶ್ರಯದ ಪ್ರವೇಶಕ್ಕೆ ಅವಕಾಶ ಮಾಡಿ ಕೊಡಲು ಕೋರುತ್ತೇನೆ.

1. ಅರ್ಜಿದಾರರ ಹೆಸರು

2. ಖಾಯಂ ವಿಳಾಸ

ಅಂಚೆ ವಿಳಾಸ

3. ಇತರೆ ವಿವರಗಳು ಮತ ಜಾತಿ ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ ವಯಸ್ಸು

4. ಮದುವೆ ಆಗಿದೆಯೆ

ಆಗಿದ್ದರೆ ಗಂಡನ ಹೆಸರು

ಗಂಡ/ಹೆಂಡತಿಯು

ಜೀವಂತವಾಗಿರುವರೇ

ಹೆಸರು, ವಯಸ್ಸು, ವಿಳಾಸ

5. ಆರೋಗ್ಯ

ಶರೀರದ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಹೃದಯ ರೋಗ ಇದ್ದರೆ ತಿಳಿಸಿ

ರಕ್ತದ ಗುಂಪು ಅಂಗವಿಕಲರೆ

ಕಣ್ಣಿನ ದೃಷ್ಟಿ ಕಿಲುಗಳ ನೋವು

ರಕ್ತದ ಒತ್ತಡ ಬೇರೆ ರೋಗಗಳು ಇದ್ದರೆ ತಿಳಿಸಿ

ಸಕ್ಕರೆ ರೋಗ ಇದ್ದರೆ ಬೇರೆ ಸಮಸ್ಯೆ ಇದ್ದರೆ ತಿಳಿಸಿ

6. ಕೋವಿಡ್-19 ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ನಿಮ್ಮ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಎಷ್ಟು ಜನರನ್ನು ಭಾದಿಸಿತ್ತು :

ಎ) ರೋಗದಿಂದ ಸುಧಾರಿಸಿ ಕೊಂಡವರು ಎಷ್ಟು :

ಬಿ) ರೋಗದಿಂದ ಉಳಿದುಕೊಂಡವರು ಎಷ್ಟು :

ಸಿ) ಸಂಭಂದ ಪಟ್ಟ ದಾಖಲೆಗಳ ಪ್ರತಿಗಳು :

7. ಅರ್ಜಿದಾರರ ಚರ-ಸ್ಥಿರ ಆಸ್ತಿಗಳು ಇದ್ದಲ್ಲಿ ಅದರ ತಪಶೀಲು :

8. ಚಿನ್ನದ ಆಭರಣ/ಬೆಳ್ಳಿ ಅಥವಾ ಬೆಲೆ ಬಾಳುವ ವಸ್ತುಗಳ ವಿವರಗಳು:

9. ಕರುಣಾಶ್ರಯಕ್ಕೆ ಸೇರಲು ಕಾರಣ:

10. ಅರ್ಜಿದಾರರು ಓದುತ್ತಿರುವ ಶಾಲೆ ವಿವರ (ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ ಆಗಿದ್ದರೆ):

11. ಅರ್ಜಿದಾರರು ಪ್ರಸ್ತುತ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಕಾರ್ಯ

12. ಅರ್ಜಿದಾರರು ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ಹೊಂದಿರುವರೇ, ಇದ್ದಲ್ಲಿ ಅದರ ವಿವರ :

ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ
ಪ್ಯಾನ್ ಕಾರ್ಡ್ ಪ್ರತಿ, (ಇದ್ದಲ್ಲಿ)

13. ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸೋದರ / ಸೋದರಿಯರು (ಇದ್ದಲ್ಲಿ) ಹೆಸರು, ವಯಸ್ಸು, ವಿಳಾಸ ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ :

ಈ ಮೇಲೆ ನಾನು ತಿಳಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿದೆ ಎಂದು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ, ಮತ್ತು ವಾಸವಿ ಕರುಣಾಶ್ರಯದ ಎಲ್ಲಾ ನೀತಿ/ನಿಯಮ/ಷರತ್ತುಗಳನ್ನು ಓದಿ/ಓದಿಸಿ ತಿಳಿದು ಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ, ಹಾಗೂ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ / ಮುಂದೆ ಬದಲಾಗಬಹುದಾದ ತೀರ್ಮಾನಗಳನ್ನು, ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿ ಕೊಳ್ಳಲು ಒಪ್ಪಿರುತ್ತೇನೆ. ಅದರಂತೆ ನಡೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಬದ್ಧನಾಗಿ/ಒಪ್ಪಿ ಪ್ರವೇಶ ಅರ್ಜಿಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡಿರುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ :

ಸ್ಥಳ:

ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಹಿ

ಅರ್ಜಿದಾರರರ ಪಾಲಕರ ಸಹಿ

ವಿ.ಸೂ. ಅರ್ಜಿದಾರರ ಪಾಲಕರ ವಿಳಾಸ (ದೃಢೀಕರಣದೊಂದಿಗೆ) ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್ ಪ್ರತಿ, ಪಾಸ್ ಪೋರ್ಟ್ ಭಾವಚಿತ್ರ, ಇತರ ಅವಶ್ಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿ ಅರ್ಜಿದಾರರ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಭರವಸೆಯ ದೃಢೀಕರಣ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಕಛೇರಿ ಟಿಪ್ಪಣಿ

1. ಸಮಿತಿ ಒಪ್ಪಿಗೆ ವಿವರ:

2. ವೈದ್ಯರ ತಪಾಸಣೆ ವರದಿ:

3. ಅಡ್ಡೀಶನ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

4. ಅಡ್ಡೀಶನ್ ದಿನಾಂಕ:

ಅಧ್ಯಕ್ಷರು

ಗೌರವ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ

ದೃಢೀಕರಣ

ವಾಸವಿ ಕರುಣಾಶ್ರಯಕ್ಕೆ ಸೇರಲು ಬಯಸಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿರುವ ಅರ್ಜಿದಾರರ ಹಾಗೂ ಕುಟುಂಬ ವರ್ಗದವರ ಬಗ್ಗೆ ನನಗೆ ಪೂರ್ಣ ಪರಿಚಯ. ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಇದೆ.

ಅರ್ಜಿದಾರರು ಕೋವಿಡ್-19ರ ಸಂತ್ರಸ್ತರಾಗಿದ್ದು, ಅದಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವ ದಾಖಲೆಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿದೆಯೆಂದು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ದೃಢೀಕರಿಸುವವರ
ಭಾವಚಿತ್ರ:

ದೃಢೀಕರಿಸುವವರ ಮಾಹಿತಿ

1. ಹೆಸರು:

2. ತಂದೆ/ಗಂಡನ ಹೆಸರು:

3. ವಯಸ್ಸು:

4. ಅರ್ಜಿದಾರರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ:

5. ವಿಳಾಸ:

6. ವೃತ್ತಿ:

7. ವೃತ್ತಿ ವಿಳಾಸ:

8. ವೃತ್ತಿ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿ ನಕಲು:

9. ವ್ಯಾಪಾರಸ್ಥರಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ:

ವ್ಯಾಪಾರ ವಿಳಾಸ

ವ್ಯಾಪಾರದ ಸ್ವರೂಪ

ಎಷ್ಟು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ವ್ಯಾಪಾರ

ವ್ಯಾಪಾರದ ದೃಢೀಕರಣದ ಪ್ರತಿ

ದೃಢೀಕರಿಸುವವರ ಸಹಿ

ವೈದ್ಯರ ದೃಢೀಕರಣ

ವಾಸವಿ ಕರುಣಾಶ್ರಯದ ಅರ್ಜಿದಾರರಾಗಿರುವ ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಚಿರಂಜೀವಿ.....
ರವರು.....ತಿಂಗಳು/ವರ್ಷಗಳಿಂದ ನನ್ನಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆಗಾಗಿ ಬರುತ್ತಿರುತ್ತಾರೆ.
ಶ್ರೀ.....ರವರು ಪ್ರತಿದಿನ.....ವರ್ಷಗಳಿಂದ.....ಔಷಧಿಗಳನ್ನು
.....ಸಂಬಂಧ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗಾಗಿ ಬಳಸಲು ಸಲಹೆ ನೀಡಿರುತ್ತೇನೆ. ಇಷ್ಟಲ್ಲದೆ ಇನ್ನಾವುದೇ
ರೀತಿಯ ನಿತ್ಯ ಔಷಧಿ ಸೇವನೆ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಇರುವುದಿಲ್ಲ.

ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ

ಹೆಸರು/ವಿಳಾಸ/ಮೊಹರಿನೊಂದಿಗೆ

ಅರ್ಜಿದಾರರ ಆರೋಗ್ಯ ದೃಢೀಕರಣ

(ಹಿರಿಯರಿಗೆ ಮಾತ್ರ)

ವಾಸವಿ ಕರುಣಾಶ್ರಯಕ್ಕೆ ಸೇರಲು ಇಚ್ಛಿಸಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವ ನಾನು ಆರೋಗ್ಯದಿಂದ ದೃಢಕಾಯನಾಗಿ ನನ್ನ ಕೆಲಸಗಳನ್ನು ನಾನೇ
ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಶಕ್ತನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ. ನಾನು..... ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆ ಗೆ
ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ.

ಪ್ರತಿನಿತ್ಯ..... ಖಾಯಿಲೆಗಳಿಗಾಗಿ ಈ ಕೆಳಗಿರುವ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು
ಸೇವಿಸುತ್ತೇನೆ. ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ನನ್ನ ಸ್ವಂತ ಹಣದಿಂದ ಖರೀದಿಸಲು ಶಕ್ತನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ. ನನ್ನ ಪ್ರತಿನಿತ್ಯದ ಔಷಧೋಪಚಾರಗಳಿಗಾಗಿ
ವಾಸವಿ ಕರುಣಾಶ್ರಯ ಸಂಸ್ಥೆಗೆ ಹೊರೆಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ನನಗೆ ಇನ್ನಾವುದೇ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಈ ಮೂಲಕ
ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ..

ನಿತ್ಯ ಸೇವನೆ ಔಷಧಿಗಳ ವಿವರ

ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಹಿ