

UTILISATION CERTIFICATE

(To be submitted by the Hospital authorities concerned receiving financial assistance under Karunya Benevolent Fund)

Certified that the amount received for the treatment of Shri/Smt.....
(Address)
admitted in (Name of Hospital) on
vide IP No..... had under gone treatment for
..... and the amount sanctioned
/received for treatment has been fully / partially utilised for the treatment as mentioned below:-

1. Date of Admission ----- Date of Discharge: -----
2. Total amount Received: (Vide Order No. Dated:)
3. Expenditure Details:-
 - a. Investigations: Rs.
 - b. Drugs Rs.
 - c. Surgery Rs.
 - d. Chemotherapy Rs.
 - e. Radiotherapy Rs.
 - f. Hospital stay Rs.
 - g. Supportive Care Rs.
 - h. Other items (Please specify)

Total Expenditure: Rs.

Balance amount available Rs.

Signature

Signature

Name of the Consulting Doctor

Name & Designation

Place:

Head of the Hospital/Authorised person

Date:

(Office Seal)

സാക്ഷ്യപത്രം

(ഗുണഭോക്താവിൽ നിന്നും വാങ്ങേണ്ടത്)

..... ടം നമ്പർ ഉത്തരവ് പ്രകാരം-ാം തീയതി
എനിക്ക്/ എന്റെ ബന്ധുവായ പേർക്ക് കാര്യം
ബെനവലന്റ് ഫണ്ടിൽ നിന്നും
രോഗചികിത്സയ്ക്കായി
ആശുപത്രിയിലേക്ക്

* അനുവദിച്ചിരുന്ന ചികിത്സാ ധനസഹായമായ രൂ/-
(..... രൂപാ മാത്രം)
എന്റെ / **ടിയാന്റെ ചികിത്സയ്ക്കായി പൂർണ്ണമായും പ്രസ്തുത ആശുപത്രിയിൽ
നിന്നും ചെലവഴിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

* അനുവദിച്ചിരുന്ന ചികിത്സാ ധനസഹായമായ രൂ/-
(..... രൂപാ) യിൽ
എന്റെ / **ടിയാന്റെ ചികിത്സയ്ക്കായി ഭാഗികമായി രൂപ
മാത്രം പ്രസ്തുത ആശുപത്രിയിൽ നിന്നും ചെലവഴിച്ചിട്ടുണ്ട് എന്ന് ഞാൻ
സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

ഒപ്പ്/വിലാസം

സ്ഥലം

പേര്

തീയതി

പൂർണ്ണമായ മേൽവിലാസം

* ബാധകമല്ലാത്തത് വെട്ടിക്കളയുക.

** ചികിത്സക്കിടെ രോഗി മരിച്ചു പോകുകയോ രോഗിക്ക് അസുഖമുലം
സമ്പ്രദായത്തോടുകൂടി സാക്ഷ്യപത്രം ഒപ്പിടുവാൻ സാധിക്കാതെ വരുകയോ ചെയ്താൽ
രോഗിയുടെ പിതാവ് / മാതാവ് / ഭാര്യ / ഭർത്താവ് / മക്കൾ / സഹോദരങ്ങൾ എന്നിവരിൽ
ആർക്കെങ്കിലും സാക്ഷ്യപത്രം ഒപ്പിടുന്നില്ലാതെ. സാക്ഷ്യപത്രം ഒപ്പിടുന്നില്ലെന്നയാളും
രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം വ്യക്തമാക്കിയിരിക്കണം.