

കയ്റോസ് - കേരള സംസ്ഥാന പിന്നോക്ക വിഭാഗ കോർപ്പറേഷൻ

സ്വയംതൊഴിൽ പദ്ധതിക്ക് വേ ിയുള്ള സംഘത്തിന്റെ അപേക്ഷാഫോറം

അപേക്ഷിക്കുന്ന സ്വാശ്രയസംഘത്തിന്റെ പേരും അഡ്രസ്സും :

- യൂണിറ്റ് : _____
- ഫോൺ നമ്പർ : _____
- അക്കൗണ്ട് നമ്പർ /ബാങ്കിന്റെ പേര്, ശാഖ : _____
- നിലവിലുള്ള ദാരുവാഹികൾ : _____
- സംഘം ആരംഭിച്ച വർഷം, തീയതി : _____
- അംഗങ്ങളുടെ എണ്ണം : _____
- ന്യൂനപക്ഷ/ഒ.ബി.സി യിൽപ്പെട്ടവർ എത്ര : _____
- ആകെ നിക്ഷേപം : _____
- ആകെ ലോൺ ബാലൻസ് എത്ര : _____
- നീക്കിയിരിപ്പ് തുക : _____
- സ്വയംതൊഴിൽ സംരംഭത്തിന് വേ ിവരുന്ന ചെലവ് : _____
- അപേക്ഷിക്കുന്ന ലോൺ തുക : _____

അപേക്ഷ

കേരള സംസ്ഥാന പിന്നോക്ക വിഭാഗ കോർപ്പറേഷൻ കയ്റോസ് മുഖേന നടപ്പിലാക്കുന്ന സ്വയംതൊഴിൽ പദ്ധതിക്ക് വേ ി തുക ലോണായി അനുവദിക്കണമെന്ന് അപേക്ഷിക്കുന്നു. ഈ തുക പലിശ സഹിതം പ്രതിമാസം രൂപവീതം എല്ലാ മാസവും പത്താം തീയതിക്ക് മുമ്പായി കയ്റോസ് ഓഫീസിൽ തിരിച്ചടയ്ക്കുന്നതാണ്. വർഷം മാസത്തിനുള്ളിൽ ലോൺ തുക മുഴുവനായും അടച്ച് തീർക്കുന്നതാണ്.

സെക്രട്ടറിയുടെ പേര് : _____ സീൽ _____ പ്രസിഡൻ്റ് പേര് : _____
 ഒപ്പ് : _____ ഒപ്പ് : _____

ശുപാർശ

വികസന സമിതി	കോർഡിനേറ്റർ
പേര് : _____	പേര് : _____
ഒപ്പ് : _____	ഒപ്പ് : _____
തീയതി : _____	തീയതി : _____

കയ്റോസ് - കേരള സംസ്ഥാന പിന്നോക്ക വിഭാഗ കോർപ്പറേഷൻ

സ്വയംതൊഴിൽ പദ്ധതിക്ക് വേ റിയുള്ള വ്യക്തികളുടെ അപേക്ഷാഫോറം

- അപേക്ഷിക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ പേരും അഡ്രസ്സും :

- യൂണിറ്റ് :
- സ്വാശ്രയയംഘം :
- ഫോൺ നമ്പർ :
- ആധാർ നമ്പർ :
- അക്കൗണ്ട് നമ്പർ, ബാങ്കിന്റെ പേര്, ശാഖ :
- വയസ്സ് :
- ഭർത്താവിന്റെ / അച്ഛന്റെ പേര് :
- മതം :
- വാർഷിക വരുമാനം :
- ആകെ നിക്ഷേപം :
- ആകെ ലോൺ ബാലൻസ് :
- ആരംഭിക്കുവാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന സ്വയംതൊഴിലുകൾ :
- പ്രസ്തുത സംരംഭത്തിന് വേ റിവരുന്ന ചെലവ് :
- അപേക്ഷിക്കുന്ന ലോൺ തുക :

അപേക്ഷ

കേരള സംസ്ഥാന പിന്നോക്ക വിഭാഗ കോർപ്പറേഷൻ കയ്റോസ് മുഖേന നടപ്പിലാക്കുന്ന സ്വയംതൊഴിൽ പദ്ധതിക്ക് വേ റിയുള്ള തുക ലോണായി അനുവദിക്കണമെന്ന് അപേക്ഷിക്കുന്നു. ഈ തുക പലിശ സഹിതം പ്രതിമാസം രൂപവീതം എല്ലാ മാസവും പത്താം തീയതിക്ക് മുമ്പായി കയ്റോസ് ഓഫീസിൽ തിരിച്ചടക്കുന്നതാണ്. വർഷം മാസത്തിനുള്ളിൽ ലോൺ തുക മുഴുവനായും അടച്ച് തീർക്കുന്നതാണ്.

അപേക്ഷന്റെ പേര്
ഒപ്പ്

ശുപാർശ

പ്രസിഡന്റ് പേര് ഒപ്പ് തീയതി	സീൽ	സെക്രട്ടറി പേര് ഒപ്പ് തീയതി
--	-----	--