

ഈ ഡോക്യുമെന്റിന്റെ രണ്ടു മുതൽ ഉള്ള പേജുകൾ പ്രിന്റ് ചെയ്തു ലിവിങ് വിൽ ഉണ്ടാക്കാൻ ഉപയോഗിക്കാം.

എന്താണ് ലിവിങ് വിൽ?

ലിവിങ് വിൽ ഒരു നിയമരേഖയാണ്. ഈ നിയമ രേഖയിൽ ഭാവിയിൽ നമ്മുടെ ചികിത്സയെപ്പറ്റി സ്വന്തം ഇഷ്ടനനുസരണം നമുക്ക് സ്വന്തമായി തീരുമാനം എടുക്കാനാവാത്ത അവസ്ഥയിൽ ചെയ്യേണ്ട എടുക്കേണ്ട തീരുമാനങ്ങൾ നമുക്ക് ഇപ്പോൾ രേഖപ്പെടുത്തി വക്കാം.

എനിക്ക് ലിവിങ് വിൽ എഴുതാമോ?

18 വയസ്സ് കഴിഞ്ഞ സ്വന്തമായി തീരുമാനം എടുക്കാൻ കഴിവുള്ള ആർക്കും ഇത് എഴുതാനാവും.

ഇത് എങ്ങനെ എഴുതാം?

നിങ്ങൾ ലിവിങ് വിൽ എഴുതാൻ തീരുമാനിച്ചാൽ, നിങ്ങളെ കൂടാതെ അഞ്ചു പേർ ഇതിനായി വേണം.

രണ്ടു ഹെൽത്ത് കെയർ പവർ ഓഫ് അറ്റോർണികൾ: നിങ്ങൾക്കു തീരുമാനം സ്വന്തമായി എടുക്കാൻ സാധ്യമല്ലാത്ത അവസ്ഥയിൽ നിങ്ങളുടെ ചികിത്സയെ സംബന്ധിച്ചു ലിവിങ് വില്ലിൽ എഴുതിവെച്ചിട്ടുള്ള കാര്യങ്ങൾ നടപ്പാക്കാൻ നിങ്ങൾ നിയോഗിച്ചവർ

രണ്ടു സാക്ഷികൾ: ലിവിങ് വിൽ സ്വമേധയാ ബലപ്രയോഗമോ പ്രലോഭനമോ കൂടാതെ എഴുതിയതാണെന്ന് ഗസറ്റഡ് ഓഫീസറുടെ മുമ്പാകെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്താൻ ഗസറ്റഡ് ഓഫീസർ: രണ്ടു സാക്ഷികളുടെ സാന്നിധ്യത്തിൽ ലിവിങ് വിൽ ഒപ്പിട്ടു നിയമ രേഖയാക്കാൻ.(നോട്ടറി പബ്ലിക്കിനും ഇത് ചെയ്യാം).

ഈ മലയാളം വേർഷന്റെ ചരിത്രം

ഈ ലിവിങ് വിൽ മോഡൽ ഇന്ത്യൻ പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന്റെ പിതാവായ Dr.MR രാജഗോപാലിന്റെ നിർദ്ദേശപ്രകാരം ഒറിജിനൽ ഇംഗ്ലീഷ് വേർഷൻ മലയാളത്തിലാക്കാനുള്ള അനുവാദം കൊല്ലം ഗവണ്മെന്റ് മെഡിക്കൽ കോളേജ് മോഡൽ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ഡിവിഷൻ നോഡൽ ഓഫീസർ വിധി സെന്റർ ഫോർ ലീഗൽ പോളിസിയിലെ ധ്വനി മെഹ്തയിൽ നിന്നും നേടി അഡ്വക്കേറ്റ് ഷീല R ചന്ദ്രൻ മലയാളത്തിലേക്ക് തർജ്ജമ ചെയ്യുകയും നിലവിൽ ഉപയോഗിച്ച് വരുന്നതും ആണ്.

ഒറിജിനൽ ഇംഗ്ലീഷ് ഫോം നിങ്ങൾക്കു താഴെ കൊടുത്തിട്ടുള്ള ലിങ്കുകളിൽ നിന്ന് ഡൗൺലോഡ് ചെയ്യാവുന്നതാണ്

<https://www.compassionatecare.in/advance-medical-directive-and-healthcare-attorney-authorisation>

<https://palliumindia.org/2024/06/living-will-and-attorney-authorisation>

<https://www.palliativecare.in/wp-content/uploads/2024/06/Advance-Medical-Directive-Living-Will-Healthcare-Attorney-Authorisation-for-Toolkit-2024.pdf>

അഡ്വാൻസ് മെഡിക്കൽ ഡിനക്ടീവ് (ലിവിംഗ് വിൽ)

വ്യക്തിഗത വിവരങ്ങൾ

പൂർണ്ണമായ പേര്	
ലിംഗം	
ജനന തീയതി	
സർക്കാർ ഐഡി	1. പേര് 2. ഐഡി നമ്പർ
പൂർണ്ണമായ സ്ഥിര മേൽവിലാസം	
പൂർണ്ണമായ നിലവിലെ ഇപ്പോഴത്തെ മേൽവിലാസം	
മുനിസിപ്പാലിറ്റി/പഞ്ചായത്ത്/ കോർപ്പറേഷൻ	

എന്റെ ആരോഗ്യത്തെയും വൈദ്യ ചികിത്സയെയും സംബന്ധിച്ച് തീരുമാനമെടുക്കുന്നതിൽ പങ്കാളിയാകാൻ എനിക്ക് കഴിയാതെ വരുന്ന സമയത്ത്, ഈ നിർദ്ദേശങ്ങളെ എന്റെ അന്തിമ അഭിലാഷമായി കണക്കാക്കേണ്ടതാണ്.

എന്റെ ചികിത്സാകാര്യങ്ങളിലും, പ്രത്യേകിച്ച് ജീവൻ നിലനിറുത്തുന്നതിനായുള്ള ചികിത്സയിൽ, ഈ പ്രമാണത്തിലെ എന്റെ താല്പര്യങ്ങളെ പ്രാഥമികാടിസ്ഥാനത്തിൽ പരിഗണിക്കണമെന്ന് ഞാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുന്നു.

ജീവൻനിലനിറുത്തുന്ന ചികിത്സയെ സംബന്ധിച്ച നിർദ്ദേശങ്ങൾ

ടെർമിനൽ അവസ്ഥയിൽ നിന്നോ അവസാനഘട്ടത്തിൽ നിന്നോ ജീവിതത്തിലേക്ക് തിരികെ വരാൻ മെഡിക്കൽ സാധ്യത ഇല്ലാത്തപ്പോൾ, കൂടുതൽ മെഡിക്കൽ ചികിത്സാ രീതികൾ എനിക്ക് സ്വാഭാവിക മരണം അനുവദിക്കാത്തതും ജീവൻ നിലനിറുത്താനും കൃത്രിമമായി മരണ പ്രക്രിയ വലിച്ചു നീട്ടുന്നതും മാത്രമാണെങ്കിൽ അത്തരം ചികിത്സാരീതികളും, ചികിത്സയും നിറുത്തുവാനും, സ്വാഭാവിക മരണം സംഭവിക്കാനും അനുവദിക്കണമെന്നു ഞാൻ നിർദ്ദേശിക്കുന്നു.

ഈ പട്ടികയിൽ ഞാൻ രേഖപ്പെടുത്തുന്ന ചികിത്സാരിതികളെ നിറുത്തി വയ്ക്കാൻ/പിൻവലിക്കാൻ ഞാൻ നിർദ്ദേശിക്കുന്നു.

1. കാർഡിയോ പൾമൊനറി പുനർജീവനം (CPR)
2. ആന്റിബയോട്ടിക്സ് ഉൾപ്പെടെയുള്ള ഞരമ്പു വഴിയുള്ള മെഡിക്കേഷനുകൾ (വേദന സംഹാരികൾ, സാന്ത്വന പരിചരണത്തിന് ആവശ്യമുള്ളവ ഒഴികെ)
3. വെന്റിലേറ്റർ അഥവാ മറ്റു കൃത്രിമ ജീവൻ നിലനിറുത്തൽ ഉപാധികൾ
5. കീമോ തെറാപ്പി
6. റേഡിയോ തെറാപ്പി
7. ശസ്ത്രക്രിയ (രോഗലക്ഷണ നിയന്ത്രണത്തിനോ, എന്റെ ജീവിത നിലവാരം മെച്ചപ്പെടുത്താൻ ഉള്ളവയോ ഒഴികെ)
8. എന്റെ മരണം കൃത്രിമമായി നീട്ടിവയ്ക്കാൻ വേണ്ടിയുള്ള ഇൻട്രുബേഷൻ പോലെ പോഷകാഹാരവും ജലാംശവും നൽകുന്ന പ്രക്രിയകൾ (രോഗലക്ഷണ നിയന്ത്രണത്തിനോ എന്റെ ജീവിത നിലവാരം മെച്ചപ്പെടുത്താൻ ഉള്ളവയോ ഒഴിച്ച്)

ഇനിപറയുന്ന മെഡിക്കൽ നടപടികളങ്ങൾ/ചികിത്സ നൽകാനോ, തുടരാനോ ഞാൻ നിർദ്ദേശിക്കുന്നു

1. കാർഡിയോ പൾമൊനറി പുനർജീവനം.
2. ആന്റിബയോട്ടിക്സ് ഉൾപ്പെടെ ഞരമ്പ് വഴിയുള്ള മരുന്നുകൾ (വേദന സംഹാരികൾ, സാന്ത്വന പരിചരണത്തിന് ആവശ്യമുള്ളവ ഒഴികെ)

ഹെൽത്ത് കെയർ പവർ ഓഫ് അറ്റോർണികൾ ചുമതലപ്പെടുത്തൽ

ചികിത്സാരിതികൾ തിരിഞ്ഞെടുക്കുന്ന സമയത്ത് എന്റെ ആഗ്രഹങ്ങൾക്ക് പൂർണ്ണമായ പരിഗണന ഉറപ്പുവരുത്തുവാനും എനിക്കുവേണ്ടി തീരുമാനങ്ങൾ എടുക്കുവാനും ഞാൻ (1).....
(2) എന്നിവരെ ചുമതലപ്പെടുത്തുന്നു.

എന്റെ ആഗ്രഹങ്ങളെക്കുറിച്ചും, അവരുടെ ചുമതലകളെക്കുറിച്ചും, അവർ തീരുമാനമെടുക്കാൻ വേണ്ടിവന്നേക്കാവുന്ന സാഹചര്യങ്ങളെക്കുറിച്ചും ഞാൻ അവരുമായി വിശദമായ ചർച്ച നടത്തിയിട്ടുള്ളതും നാമനിർദ്ദേശം ചെയ്യപ്പെടാൻ തയാറാണെന്ന് അവർ സമ്മതിച്ചിട്ടുള്ളതുമാണ്.

ഇനി പറയുന്ന അധികാരങ്ങൾ വിനിയോഗിക്കാൻ എന്റെ ഹെൽത്ത് കെയർ പവർ ഓഫ് അറ്റോർണികൾ അധികാരം നൽകുന്നു.

എന്റെ ചികിത്സ, ആരോഗ്യം എന്നിവയെക്കുറിച്ചുള്ള മെഡിക്കൽ വിവരങ്ങൾ, ചികിത്സാരേഖകൾ, ചികിത്സിക്കുന്ന ടീമുമായുള്ള ആശയവിനിമയം എന്നിവ അയാൾക്ക് / അവർക്ക് ആവശ്യപ്പെടാം. ഈ രേഖയിലെ എന്റെ ആഗ്രഹങ്ങൾ സംബന്ധിച്ച് അവർക്ക് തീരുമാനങ്ങൾ എടുക്കുവാനും എനിക്ക് വേണ്ടി പ്രവർത്തിക്കാനും അവർക്ക് കഴിയും. ഈ തീരുമാനങ്ങളിൽ സമ്മതം നൽകൽ, നിരസിക്കുക, അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും പരിചരണം, ചികിത്സ അല്ലെങ്കിൽ നടപടി ക്രമങ്ങൾക്കുള്ള സമ്മതം പിൻവലിക്കൽ എന്നിവയും ഉൾപ്പെടുന്നു.

എന്റെ ഹെൽത്ത് കെയർ പവർ ഓഫ് അറ്റോർണി എടുത്ത തീരുമാനങ്ങൾ ഏതെങ്കിലും വിരുദ്ധാ ദിപ്രായങ്ങൾ പരിഗണിക്കാതെ തന്നെ മാനിക്കപ്പെടേണ്ടതാണ്.

ഇനി പറയുന്ന വ്യക്തികളെ ഹെൽത്ത് കെയർ പവർ ഓഫ് അറ്റോർണികൾ ആയി ഞാൻ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

1

ക്രമ. നം.	വിശദാംശങ്ങൾ	വിവരങ്ങൾ
(എ)	പൂർണ്ണമായ പേര്	
(ബി)	രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം	
(സി)	ജനന തീയതി	
(ഡി)	സർക്കാർ ID	പേര് ID നമ്പർ
(ഇ)	മൊബൈൽ നമ്പറുകൾ	1. 2.
(എഫ്)	ഇ.മെയിൽ മേൽവിലാസം	1. 2.
(ജി)	സ്ഥിരം മേൽവിലാസം	
(എച്ച്)	ഈ വ്യവസ്ഥ ഒപ്പിടുന്ന തീയതിയിലെ മേൽവിലാസം	:

2.

ക്രമ. നം.	വിശദാംശങ്ങൾ	വിവരങ്ങൾ
(എ)	പൂർണ്ണമായ പേര്	
(ബി)	രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം	
(സി)	ജനന തീയതി	
(ഡി)	സർക്കാർ ID	പേര് ID നമ്പർ
(ഇ)	മൊബൈൽ നമ്പറുകൾ	1. 2.
(എഫ്)	ഇ.മെയിൽ മേൽവിലാസം	1. 2.
(ജി)	സ്ഥിരം മേൽവിലാസം	
(എച്ച്)	ഈ വ്യവസ്ഥ ഒപ്പിടുന്ന തീയതിയിലെ	

എന്റെ മരണശേഷം പാലിക്കേണ്ട നിർദ്ദേശങ്ങൾ

(ഈ വിഭാഗം പൂർണ്ണമായും ഓപ്ഷണൽ ആണ്)

- **അവയവദാനം മുതലായവയെക്കുറിച്ചുള്ള പരാമർശം :-** മനുഷ്യാവയവങ്ങളുടെയും ടിഷ്യൂകളുടെയും മാറ്റിവയ്ക്കൽ നിയമം 1994 പ്രകാരം രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത അവയവ ദാതാവാണ് ഞാൻ. മേൽപ്പറഞ്ഞ നിയമത്തിന്റെ ഫോറം 7-ൽ അവയവദാതാവെന്ന നിലയിൽ ഞാൻ എന്റെ ഇംഗിതം നിർദ്ദിഷ്ട നടപടിക്രമപ്രകാരം രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ളതാണ്. ഇതോടൊപ്പം മേൽപ്പറഞ്ഞ ഫോറം ചേർക്കുന്നു. എന്റെ ഹെൽത്ത് കെയർ പവർ ഓഫ് അറ്റോർണികൾ ഉൾപ്പെടെ എന്റെ പ്രിയപ്പെട്ടവരെ ഞാൻ അവയവദാനത്തെക്കുറിച്ചുള്ള എന്റെ ആഗ്രഹം അറിയിച്ചിട്ടുള്ളതാണ്.
- **മൃതദേഹ ദാനം :-** എന്റെ മൃതശരീരം ഗവേഷണത്തിനും വിദ്യാഭ്യാസത്തിനുമായി ദാനം ചെയ്യണമെന്ന് ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു. ഞാൻ എന്റെ ആഗ്രഹം (മെഡിക്കൽ കോളേജിന്റെ പേര്).....-നെ അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഇതിനാവശ്യമായ സമ്മതപത്രം ഞാൻ സമർപ്പിക്കുകയും എന്റെ ദാഗത്തുനിന്നും വേണ്ട നടപടിക്രമങ്ങൾ പൂർത്തിയാക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്. എന്റെ ഹെൽത്ത് കെയർ പവർ ഓഫ് അറ്റോർണികൾ ഉൾപ്പെടെ എന്റെ പ്രിയപ്പെട്ടവരെ ഞാൻ മൃതശരീരദാനത്തെപ്പറ്റിയുള്ള എന്റെ ആഗ്രഹങ്ങൾ അറിയിച്ചിട്ടുള്ളതാണ്.
- **അവസാന ചടങ്ങുകൾ / ശവസംസ്കാരം -** സംബന്ധിച്ച നിർദ്ദേശങ്ങൾ എന്റെ അന്ത്യകർമ്മങ്ങൾ ആചാരങ്ങൾക്കനുസൃതമായി നടത്തണമെന്നു ഞാനാഗ്രഹിക്കുന്നു. / എന്റെ മരണശേഷം ഏതെങ്കിലും മതപരമായ ചടങ്ങുകൾ നടത്താൻ ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നില്ല. എന്റെ മൃതശരീരം ആവശ്യമായ മെഡിക്കൽ/നിയമ നടപടികൾ പൂർത്തിയാക്കിയ ശേഷം ദഹിപ്പിക്കുക/ അടക്കം ചെയ്യുക/..... ചെയ്യണം എന്നു ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു.

പ്രഖ്യാപനം

ഈ രേഖയിൽ ഒപ്പിട്ട് നടപ്പിലാക്കുന്ന സമയത്ത് ഞാൻ ഇപ്രകാരം പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.

- (നിരക്ഷരനാണെങ്കിൽ) ഈ രേഖ എന്റെ നിർദ്ദേശപ്രകാരം ചമച്ചതാണ്. ഇതിലെ ഉള്ളടക്കം എന്നെ വായിച്ചു കേൾപ്പിച്ചിട്ടുണ്ട്.
- ഈ രേഖയിൽ സൂചിപ്പിച്ചിരിക്കുന്ന എല്ലാറ്റിന്റെയും അർത്ഥവും പ്രത്യാഘാതങ്ങളും മനസ്സിലാക്കാനുള്ള കഴിവും എനിക്കുണ്ട്.
- ഈ രേഖയിൽ പ്രതിപാദിക്കുന്ന എല്ലാകാര്യങ്ങളിൽ ഞാൻ വ്യക്തമായി ചിന്തിച്ചുറപ്പിച്ചതാണ്.
- ഏതെങ്കിലും വ്യക്തിയുടെയോ സ്ഥാപനത്തിന്റെയോ നിർബന്ധമോ അനാവശ്യമായ സ്വാധീനമോ ഈ രേഖ ചമയ്ക്കുന്നതിൽ ഉണ്ടായിട്ടില്ല. ഞാൻ സ്വമേധയാ സമ്മതിച്ചെഴുതിയതാണ് ഈ രേഖ.

WP(C) നമ്പർ 215/2005 - ലെ MA No. 1699/2019 ൽ ബഹുമാനപ്പെട്ട സുപ്രീം കോടതിയുടെ 2023 ജനുവരി 24-ലെ ഉത്തരവുപ്രകാരമാണ് ഈ നിർദ്ദേശം നടപ്പിലാക്കുന്നത്. കൂടാതെ എന്റെ ഹെൽത്ത് കെയർ പവർ ഓഫ് അറ്റോർണികൾക്കും, താഴെപ്പറഞ്ഞവർക്കും ഇതിന്റെയൊരു പകർപ്പ് അയച്ചിട്ടുണ്ട്/കൊടുത്തിട്ടുണ്ട്.

- കുടുംബത്തിന്റെ / തിരഞ്ഞെടുത്ത ഡോക്ടർ (ഓപ്ഷണൽ)
- പ്രസക്തമായ പ്രാദേശിക സർക്കാരിന്റെ ഉദ്യോഗസ്ഥൻ/കസ്റ്റോഡിയൻ - പഞ്ചായത്ത്, മുനിസിപ്പാലിറ്റി, ജില്ലാഭരണകൂടം, മുനിസിപ്പൽ കോർപ്പറേഷൻ മുതലായവയിൽ ഏതെങ്കിലും

നിർദ്ദേശത്തിന്റെ സാധുത

ഈ നിർദ്ദേശവും, ഹെൽത്ത് കെയർ പവർ ഓഫ് അറ്റോർണിക്കുള്ള എന്റെ അംഗീകാരങ്ങളും ഞാൻ അത് പരിഷ്കരിക്കുകയോ അസാധുവാക്കുകയോ ചെയ്തില്ലെങ്കിൽ, എന്റെ ജീവിതകാലം മുഴുവൻ സാധുവായിക്കുമെന്നും നിലനിൽക്കുമെന്നും ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. എന്നിരുന്നാലും ഈ ഡോക്യുമെന്റിന്റെ മാറ്റങ്ങൾ വരുത്തിയോ പൂർണ്ണമായി തന്നെ അസാധുവാക്കിയോ പുതുക്കിയ ഒരു പതിപ്പ് എക്സിക്യൂട്ട് ചെയ്യാനുള്ള അവകാശം എന്നിൽ നിക്ഷിപ്തമാണ്.

പുതുക്കിയ പതിപ്പിന്റെ പകർപ്പുകൾ ഞാൻ ഇനിപ്പറയുന്നവരുമായി പങ്കിടും.

- ഈ ഡോക്യുമെന്റിൽ പരാമർശിച്ചിരിക്കുന്ന എന്റെ ഹെൽത്ത് കെയർ പവർ ഓഫ് അറ്റോർണികൾ
- കുടുംബത്തിന്റെ / തിരഞ്ഞെടുത്ത ഡോക്ടർ (ഓപ്ഷണൽ)
- പ്രസക്തമായ പ്രാദേശിക സർക്കാരിന്റെ ഉദ്യോഗസ്ഥൻ/കസ്റ്റോഡിയൻ - പഞ്ചായത്ത്, മുനിസിപ്പാലിറ്റി, ജില്ലാഭരണകൂടം, മുനിസിപ്പൽ കോർപ്പറേഷൻ മുതലായവയിൽ ഏതെങ്കിലും

ഒപ്പ് :

പൂർണ്ണമായ പേര് :

തീയതി :

സ്ഥലം :

സാക്ഷികളുടെ ഒപ്പ്

ഞാൻ, ഒരു സാക്ഷിയായി, ഈ ലിവിംഗ് വിൽ സ്വാമേധയാ, ബലപ്രയോഗം,മർദ്ദനം, പ്രലോഭനം അല്ലെങ്കിൽ ബലപ്രയോഗം കൂടാതെ നടപ്പിലാക്കിയതായി രേഖപ്പെടുത്തുന്നു.

സാക്ഷി 1	ഒപ്പ്
പേര് : വിലാസം : സർക്കാർ ഐഡി : ഇമെയിൽ ഐഡി : മൊബൈൽ നമ്പർ :	

ഞാൻ, ഒരു സാക്ഷിയായി, ഈ ലിവിംഗ് വിൽ സ്വാമേധയാ, ബലപ്രയോഗം,മർദ്ദനം, പ്രലോഭനം അല്ലെങ്കിൽ ബലപ്രയോഗം കൂടാതെ നടപ്പിലാക്കിയതായി രേഖപ്പെടുത്തുന്നു.

സാക്ഷി 2	ഒപ്പ്
പേര് : വിലാസം : സർക്കാർ ഐഡി : ഇമെയിൽ ഐഡി : മൊബൈൽ നമ്പർ :	

തീയതി :
 സ്ഥലം :

ഗസറ്റഡ് ഓഫീസറുടെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തൽ

ഹെൽത്ത് കെയർ പവർ ഓഫ് അറ്റോർണികൾക്കുള്ള ഈ നിർദ്ദേശവും അനുമതിയും ഉള്ള ഈ ലിവിംഗ് ബിൽ(ഡിക്ലറന്റ്) എന്റെ സാന്നിധ്യത്തിൽ ഒപ്പുവെച്ചിട്ടുള്ളതാണ്. ഈ രേഖ സ്വമേധയാ, ബലപ്രയോഗമോ പ്രലോഭനമോ കൂടാതെ നടപ്പിലാക്കിയതായി ഞാൻ രേഖപ്പെടുത്തുന്നു. കൂടാതെ ഈ ലിവിംഗ് ബിൽ എന്റെ മുമ്പാകെ ഒപ്പുവെച്ചിരിക്കുന്നു.

ഒപ്പ്
 ഗസറ്റഡ് ഓഫീസറിന്റെ പൂർണ്ണപേര്

 സീൽ
 തീയതി :
 സ്ഥലം :