

FREE	CHENNAI SAI THUNAI MATRIMONIALS (For Differently Abled - Hindus)		Regn. No.	
	54(34), 53rd Street, 9th Avenue, Ashok Nagar, Chennai - 83. Ph : 7810 03 03 03, 98403 30531 E-mail : saithunaimatri@gmail.com Website : www.saithunaimatri.com		Date :	
			Male <input type="checkbox"/>	Female <input type="checkbox"/>
REGISTRATION FORM (RE-MARRIAGE) (FOR DIFFERENTLY ABLED PERSONS AND NORMAL PERSON WILLING TO MARRY DIFF. ABLED)				
BIO-DATA (முக்கிய குறிப்புகள்)				
1.	Name / பெயர்			
2.	Date of Birth/Time of Birth/Place of Birth பிறந்த தேதி / பிறந்த நேரம் / இடம்			
3.	Mother Tongue/தாய்மொழி			
4.	Caste/Subsect / ஜாதி/உட்பிரிவு			
5.	Gothram/Star/Rasi / கோத்ரம்/நட்சத்திரம்/ராசி			
6.	Food Habits / உணவுப் பழக்கம்	Veg <input type="checkbox"/>	Non-Veg <input type="checkbox"/>	
7.	Qualification / கல்வித் தகுதி			
8.	Job Details / Place of job பணி விவரம்			
9.	Income per month / மாத வருமானம்			
10.	Height, Complexion / உயரம்/நிறம்	Ht.(in Feet) <input type="text"/>	Very Fair <input type="checkbox"/>	Fair <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/>
11.	Disability (if any) / குறைபாடு (இருந்தால்)	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
12.	Details of Disability & Percentage / குறைபாட்டின் விவரம் மற்றும் சதவீதம்			
13.	Category of Disability / குறைபாட்டின் பிரிவு	Visual(Partial/Full) <input type="checkbox"/>	Hearing/Speech <input type="checkbox"/>	Ortho <input type="checkbox"/> Mental Illness <input type="checkbox"/>
		Muscular/Cerebral Palsy <input type="checkbox"/>	Skin Problems <input type="checkbox"/>	Ailments/Disease <input type="checkbox"/> All Others <input type="checkbox"/>
FAMILY (குடும்பம்)				
14.	Parents Alive? / பெற்றோர் உள்ளனரா?	Both Alive <input type="checkbox"/> Mother Only <input type="checkbox"/> Father Only <input type="checkbox"/> Both Not Alive <input type="checkbox"/>		
15.	Father's Name / தந்தையின் பெயர்			
16.	Mother's Name / தாயின் பெயர்			
17.	Brothers / சகோதரர்கள்	Elder Younger Married		
18.	Sisters / சகோதரிகள்	Elder Younger Married		
19.	Properties / சொத்து விவரம்	Own House <input type="checkbox"/> Flat <input type="checkbox"/> Plot <input type="checkbox"/> Land <input type="checkbox"/>		
20.	Marital Status / திருமண நிலை	UM <input type="checkbox"/> Div <input type="checkbox"/> Wid <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Awaiting Divorce <input type="checkbox"/>		
21.	Whether Knowing Vehicle Driving ?	<input type="checkbox"/> 2 Wheeler <input type="checkbox"/> 3 Wheeler <input type="checkbox"/> 4 Wheeler		
22.	Date or Year of Marriage / திருமணமான நாள்/வருடம்			
23.	Divorce / Widowed on / விவாகரத்து பெற்ற நாள்/வருடம்			
24.	Together for / சேர்ந்து வாழ்ந்த காலம்			
25.	Issues if Any & Age / குழந்தைகள் பற்றிய விவரம் & வயது			
EXPECTATIONS / எதிர்பார்ப்புகள்				
26.	Qualification / கல்வித் தகுதி			
27.	Place of Job/Income (pm) வேலை இடம்/மாத வருமானம்			
28.	Caste/Sub-sect / ஜாதி/உட்பிரிவு			
29.	Marital Status / திருமண நிலை	UM <input type="checkbox"/> Div <input type="checkbox"/> Wid <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> With Issues <input type="checkbox"/> Without Issues <input type="checkbox"/>		
30.	Minor Disability Acceptable? உடல் ஊனமுற்றோர் சம்மதமா? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
31.	Nature of Disability Acceptable ? குறைபாட்டின் விவரம்			
ADDRESS / முகவரி		CONTACT DETAILS / தொடர்பு விவரம்		
SMT./SHRI : _____		PHONE/ MOBILE NOS. : _____		
: _____		E-MAIL / S : _____		
I Confirm that the Information provided are True to the Best of my knowledge. I declare that I will not hold any claim whatsoever against the Organisation for any loss or damage suffered if any, by me/by us on the basis of projection of details in the Website which is open for Public.				
ADDRESS PROOF <input type="checkbox"/>		MEDICAL CERTIFICATE <input type="checkbox"/>		HOROSCOPE <input type="checkbox"/>
PHOTO <input type="checkbox"/>				
NAME :		RELATIONSHIP :		SIGNATURE :