

A

FREE

CHENNAI SAI THUNAI MATRIMONIALS

(For Differently Abled - All Religions)

7 (15/2), 9th Avenue, Ashok Nagar, Chennai - 600 083.

Ph : 7810 981 000, 98403 30531, 2471 6920 E-mail : saithunaimatri@gmail.com

Website : www.saithunaimatri.com

Regn.
No.

Date :

Male Female **REGISTRATION FORM (For Re-Marriages)**
[FOR DIVORCEES / WIDOWS / WIDOWERS (WITH OR WITHOUT DISABILITY)
WILLING TO MARRY DIFFERENTLY ABLED]**(A) HOROSCOPE / ஜாதகம்**

1.	Name / பெயர்	
2.	Date of Birth / பிறந்த நாள்	
3.	Time of Birth / பிறந்த நேரம்	
4.	Place of Birth/Town/Dt. / பிறந்த ஊர்/மாவட்டம்	
5.	Religion / மதம்	
6.	Caste/Sub-sect / ஜாதி/உட்பிரிவு	
7.	Community / கம்யூனிட்டி	FC <input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> MBC <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/>
8.	Gothram / கோத்ரம்	
9.	Star/Rasi / நட்சத்திரம்/ராசி	

(B) BIO-DATA / முக்கிய குறிப்புகள்

10.	Food Habits / உணவுப் பழக்கம்	Veg <input type="checkbox"/> Non-Veg <input type="checkbox"/>
11.	Qualification / கல்வித் தகுதி	
12.	Job Details / பணி விவரம்	
13.	Place of Job / வேலை பார்க்கும் ஊர்	
14.	Income per month / மாத வருமானம்	
15.	Height, Weight / உயரம், எடை	Ht.(in Feet) <input type="text"/> Wt.(in Kg.) <input type="text"/>
16.	Complexion / நிறம்	Very Fair <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dark <input type="checkbox"/>
17.	Mother Tongue / தாய்மொழி	
18.	Disability (if any) / குறைபாடு (இருந்தால்)	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
19.	Details of Disability & Percentage / குறைபாடுகளின் விவரம் மற்றும் சதவீதம்	Percentage <input type="text"/>
20.	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"/>

(C) FAMILY / குடும்பம்

21.	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"/>
22.	Father's Name / தந்தையின் பெயர்	
23.	Father's Job / தந்தையின் பணி	
24.	Mother's Name / தாயின் பெயர்	
25.	Mother's Job / தாயின் பணி	
26.	Mother's Caste / தாயின் ஜாதி	Caste / Sub-Caste ஜாதி / உட்பிரிவு
27.	Whether Parents are Inter-caste ? பெற்றோர்கள் கலப்புத் திருமணம் புரிந்தவர்களா ?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
28.	Brothers / சகோதரர்கள்	Elder Younger Married
29.	Sisters / சகோதரிகள்	Elder Younger Married
30.	Native Place/District / சொந்த ஊர்/மாவட்டம்	
31.	Properties / சொத்து விவரம் Place / இடம்	Own House <input type="checkbox"/> Flat <input type="checkbox"/> Plot <input type="checkbox"/> Land <input type="checkbox"/>
32.	Family Status / குடும்ப அந்தஸ்து	Very Rich <input type="checkbox"/> Rich <input type="checkbox"/> Middle Class <input type="checkbox"/> Not Interested <input type="checkbox"/>

TOTAL FREE SERVICE

(D) OTHER DETAILS / மற்ற விவரம்

33.	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"/> Issues if any
34.	Talents/Achievements / திறமைகள்/சாதனைகள்	
35.	Likes/Hobbies / பொழுது போக்குகள்	
36.	Other Languages Known / தெரிந்த பிறமொழிகள் (Other Than English & Mother Tongue)	
37.	Visa Status / விசா விவரம்	
38.	Whether Knowing Vehicle Driving ?	<input type="checkbox"/> 2 Wheeler <input type="checkbox"/> 3 Wheeler <input type="checkbox"/> 4 Wheeler
39.	Blood Group / இரத்தப் பிரிவு	
40.	Date or Year of Marriage / திருமணமான நாள்/வருடம்	
41.	Divorce / Widowed on / விவாகரத்து பெற்ற நாள்/வருடம்	
42.	Together for / சேர்ந்து வாழ்ந்த காலம்	
43.	Issues if Any & Age / குழந்தைகள் பற்றிய விவரம் & வயது	
44.	Any Other Details / பிற விவரங்கள் (About Siblings, Other Income etc.)	

(E) EXPECTATIONS / எதிர்பார்ப்புகள்

45.	Qualification / கல்வித் தகுதி	
46.	Job for Girls / பெண் வேலைக்கு போக வேண்டுமா?	Preferred <input type="checkbox"/> Optional <input type="checkbox"/> Not Required <input type="checkbox"/>
47.	Preferred Place of Job / விரும்பும் இடங்கள்	
48.	Minimum Income per month / குறைந்த பட்ச மாத வருமானம்	
49.	a. Religion / மதம்	
	b. Caste / ஜாதி	
	c. Sub-sect / உட்பிரிவு	
50.	Community / கம்ப்யூனிட்டி	FC <input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> MBC <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> Caste No Bar <input type="checkbox"/>
51.	Food Habits / உணவு பழக்கம்	Veg <input type="checkbox"/> Non-Veg <input type="checkbox"/> Any <input type="checkbox"/>
52.	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"/>
53.	Minor Disability Acceptable? உடல் ஊனமுற்றோர் சம்மதமா?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
54.	Nature of Disability Acceptable? எத்தகைய குறைபாடுகள் சம்மதம்?	
55.	Horoscope Matching / ஜாதகப் பொருத்தம்	Required <input type="checkbox"/> Not Required <input type="checkbox"/>
56.	Any Other Expectations (Age Diff./Height etc.) பிற எதிர்பார்ப்புகள் (வயது/உயரம் etc.)	

<p>PERMANENT ADDRESS :</p> <p>SRI/SMT. _____</p>	<p>LOCAL ADDRESS (If any) :</p> <p>SRI/SMT. _____</p>
FOR PRIMARY CONTACT	FOR ADDITIONAL CONTACT (OPTIONAL)
NAME : _____	PHONE/ MOBILE NOS. : _____
MOBILE NO.: _____	E-MAIL / S : _____
E-MAIL ID : _____	

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.

<p>ENCLOSURES : (Any one of the following)</p> <p>1. Address Proof : Ration Card <input type="checkbox"/> Aadhar Card <input type="checkbox"/> (Must) Passport <input type="checkbox"/> Bank Passbook <input type="checkbox"/> Voter ID <input type="checkbox"/> Driving License <input type="checkbox"/></p> <p>2. Medical Certificate (Optional) <input type="checkbox"/></p> <p>3. Horoscope (Optional) <input type="checkbox"/></p> <p>4. Photos (2) (Optional) <input type="checkbox"/></p>	<p>SIGNATURE : _____</p> <p>NAME : _____</p> <p>RELATIONSHIP : _____</p> <p>DATE : _____</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------