രജിസ്റ്റർ നം.

സാമൂഹ്യനീതി വകുപ്പ്
കേരള സാമൂഹ്യസുരക്ഷാ മിഷൻ
സമാശ്വാസം പദ്ധതി
ഡയാലിസിസ് രോഗികൾക്ക് ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷാ ഫോറം

(ബി.പി.എൽ. വിഭാഗത്തിൽപ്പെടുന്ന സ്ഥിരം ഡയാലിസിസ് ചെയ്യുന്നവർ മാത്രം അപേക്ഷിക്കുക)

1. അപേക്ഷകന്റെ പേര് :
2. മേൽവിലാസം :
   വീട്ട് പേര്
   വാർഡ് നമ്പർ
   പഞ്ചായത്ത്/മുൻസിപ്പാലിറ്റി/കോർപ്പറേഷൻ
   പോസ്റ്റ് ഓഫീസ് (നിർബന്ധം)
   ജില്ല, പിൻനമ്പർ
3. ഫോൺ നമ്പർ, : ലാന്റ് ഫോൺ/മൊബൈൽ :
4. അപേക്ഷകന്റെ വയസ്സും, ജനനതീയതിയും :
5. സ്ത്രീയോ/പുരുഷനോ :
6. രോഗി ബി.പി.എൽ കുടുംബാംഗമാണോ
   (തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ സ്ഥാപനത്തിൽ നിന്നുള്ള
   ബി.പി.എൽ സാക്ഷ്യപത്രം/ഗസറ്റഡ് ആഫീസർ
   അറ്റസ്റ്റ് ചെയ്ത ബി.പി.എൽ റേഷൻകാർഡ്
   എന്നിവ ഹാജരാക്കുക)
7. ഇപ്പോൾ ഡയാലിസിസ് ചെയ്യുന്ന കേന്ദ്രം :
   (എ). ചികിൽസിക്കുന്ന ഡോക്ടർ
8. ഡയാലിസിസ് ആരംഭിച്ച തീയതി :
   (എ) മാസത്തിൽ എത്ര തവണ ഡയാലിസിസ്
   ചെയ്യേണ്ടി വരുന്നു.
9. (എ) ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ :
   (പാസ്ബുക്കിന്റെ ആദ്യത്തെ പേജിന്റെ പകർപ്പ്)
   (ബി) ബാങ്കിന്റെ പേര്
   (സി) ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്
   (ഡി) ഐ.എഫ്.എസ്. കോഡ് നമ്പർ
10. ആധാർ നമ്പർ/ആധാർ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ :

സത്യപ്രസ്താവന

മേൽ പറഞ്ഞ കാര്യങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും ബോധത്തിലും സത്യമാണെന്നും ഞാൻ ഡയാലിസിസിന് വിധേയമായി കഴിയുന്ന രോഗിയാണെന്നും ഇതിനാൽ ബോധ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു

സ്ഥലം:
തീയതി:

അപേക്ഷകന്റെ പേരും ഒപ്പും

ശിശുവികസന പദ്ധതി ആഫീസറുടെ അന്വേഷണ റിപ്പോർട്ട്

ശ്രീ/ശ്രീമതി/കുമാരി .... സമർപ്പിച്ച അപേക്ഷയും അനുബന്ധരേഖകളും പരിശോധിക്കുകയും അപേക്ഷയിന്മേൽ ആവശ്യമായ അന്വേഷണം നടത്തുകയും ഉണ്ടായി. ടിയാൻ/ടിയാൾ മാസത്തിൽ .... തവണ ഡയാലിസിസിന് വിധേയമായി വരുന്നതായി അന്വേഷണത്തിൽ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്. ബി.പി.എൽ കുടുംബാംഗമായ ടിയാന്/ടിയാൾക്ക് നിലവിലെ പദ്ധതി മാനദണ്ഡ പ്രകാരം ധനസഹായത്തിന് അർഹതയുള്ളതിനാൽ പ്രസ്തുത ധനസഹായത്തിന് ശുപാർശ ചെയ്തുകൊള്ളുന്നു

ഒപ്പ്:

പേര്:

ആഫീസ് മുദ്ര

.... ഐ.സി.ഡി.എസ്. പ്രോജക്ട്

.... ജില്ല

ആഫീസ് ഫോൺ നമ്പർ ....

സ്ഥലം:
തീയതി:

കേരള സാമൂഹ്യസുരക്ഷാ മിഷൻ എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടറുടെ തീരുമാനം

ശ്രീ/ശ്രീമതി/കുമാരി .... എന്നയാൾക്ക്
.... (.. രൂപ)
മാത്രം .... മാസം മുതൽ പ്രതിമാസ ധനസഹായം അനുവദിച്ചിരിക്കുന്നു.

രജിസ്റ്റർ നമ്പർ:
തീയതി:

എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ

(അപേക്ഷകർ ഈ പേജിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് എടുത്ത് സൂക്ഷിക്കുക)

Photo

Medical Certificate

Certified that (Name and Address of Patient)..

....

is undergoing regular dialysis for (Specify Diagnosis)..

....

Frequency of Dialysis per month is around ....

And he / she requires regular dialysis for..................................month / years/ lifelong.

Place : Signature :
Date : Name:
Reg. No:
Seal. Name of Hospital & Designatio:.

ആദ്യ അപേക്ഷകർക്ക് ശേഷം ഓരോ ആറ് മാസത്തിലും പൂരിപ്പിച്ച് ന□കേ□ത്.

Register No	

Medical Certificate and Life Certificate

Certified that (Name and Address of the Patient)...

....

is undergoing regular dialysis and he / she is alive on this day ...../.....month of 20.....
and he/ she requires further regular dialysis for ....month / year.

He undergone Renal Transplantation on .... (date, month and year) .

Place : Signature :
Date : Name:
Designation:
Reg. No:
Seal. Name of Hospital :

(അപേക്ഷകർ ഈ പേജിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് എടുത്ത് സൂക്ഷിക്കുക)

മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ

1. അപേക്ഷകൻ മാസത്തിലൊരിക്കലെങ്കിലും സ്ഥിരമായി ഡയാലിസിസിന് വിധേയരാകുന്ന ബി.പി.എൽ. കുടുംബാംഗമായിരിക്കണം.

2. അപേക്ഷാ ഫാറത്തിനോടൊപ്പമുള്ള മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ നിശ്ചിത ഫോറത്തിൽ സർക്കാർ/സ്വകാര്യ ആശുപത്രിയിലെ വൃക്കരോഗ വിദഗ്ധനിൽ നിന്നും സർട്ടിഫിക്കറ്റ് വാങ്ങി അപേക്ഷയോടൊപ്പം ചേർക്കേണ്ടതാണ്.

3. അപേക്ഷകന്റെ ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റും തുടർ ചികിത്സാ സർട്ടിഫിക്കറ്റും സർക്കാർ/സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളിലെ വൃക്കരോഗ വിദഗ്ധനിൽ നിന്നും ശേഖരിച്ച് 6 മാസത്തിലൊരിക്കൽ ഈ കാര്യാലയത്തിൽ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

4. അപേക്ഷകന്റെ പേരിൽ ആരംഭിക്കുന്ന ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ, ബാങ്കിന്റെ പേര്, ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്, IFS കോഡ് നമ്പർ എന്നിവ അപേക്ഷയിൽ നിർബന്ധമായും രേഖപ്പെടുത്തണം.

5. അപേക്ഷയിൽ ആവശ്യമായ മുഴുവൻ വിശദാംശങ്ങളും ചേർത്ത് ശിശുവികസന പദ്ധതി ആഫീസർക്ക് സമർപ്പിക്കണം.

6. മാസത്തിൽ ഒരു പ്രാവശ്യമെങ്കിലും ഡയാലിസിസിന് വിധേയരാകുന്നവർക്ക് മാത്രമേ ധനസഹായത്തിന് അർഹതയുണ്ടായിരിക്കുകയുള്ളൂ.

7. ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റും തുടർ ചികിത്സാ സർട്ടിഫിക്കറ്റും മിഷന്റെ തിരുവനന്തപുരം ആസ്ഥാന ഓഫീസിലേക്ക് നേരിട്ട് അയച്ചു തരേണ്ടതാണ്. വിലാസം ചുവടെ ചേർക്കുന്നു.

8. അപേക്ഷകൾ സംബന്ധിച്ചുള്ള എല്ലാ കത്തിടപാടുകളിലും രജിസ്റ്റർ നമ്പർ നിർബന്ധമായും ചേർക്കേണ്ടതാണ്.

9. ആധാർ കാർഡ് ലഭിച്ചവർ ആയതിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് അടക്കം ചെയ്യണം.

വിലാസം:

എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ
കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ,
രണ്ടാംനില, വയോജന പകൽ പരിപാലന കേന്ദ്രം,
പൂജപ്പുര, തിരുവനന്തപുരം - 695012

ACKNOWLEDGEMENT FORM

രജിസ്റ്റർ നം.

സ്റ്റാമ്പ്

(അപേക്ഷകൻ ഒട്ടിക്കേണ്ടത്)

സമാശ്വാസം പദ്ധതി ധനസഹായത്തിന് വേണ്ടി താങ്കൾ സമർപ്പിച്ച അപേക്ഷ പരിശോധിച്ചതിൽ .... തീയതി മുതൽ ആനുകൂല്യത്തിന് അർഹനാണെന്നറിയിക്കുന്നു. മേലിൽ ഈ ആഫീസുമായി ബന്ധപ്പെടുമ്പോൾ മുകളിൽ രേഖപ്പെടുത്തിയിരിക്കുന്ന രജിസ്റ്റർ നമ്പർ നിർബന്ധമായും രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്.

സമാശ്വാസം പദ്ധതി ധനസഹായത്തിന് വേണ്ടി താങ്കൾ സമർപ്പിച്ച അപേക്ഷ പരിശോധിച്ചതിൽ നിലവിലെ പദ്ധതി മാനദണ്ഡ പ്രകാരം .... കാരണത്താൽ താങ്കൾക്ക് ധനസഹായത്തിനർഹത കാണുന്നില്ല. അതിനാൽ താങ്കളുടെ അപേക്ഷ നിരസിച്ചതായി അറിയിക്കുന്നു.

എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ,
കെ.എസ്.എസ്.എം.

അപേക്ഷകന്റെ പേരും പൂർണ്ണമായ മേൽവിലാസവും
(അപേക്ഷകൻ രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്)

രജിസ്റ്റർ നം.

17

സാമൂഹ്യ നീതി വകുപ്പ്

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ

(... സമാശ്വാസം പദ്ധതി II

വൃക്ക/കരൾ മാറ്റി വയ്ക്കൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു വിധേയരായ രോഗികൾക്ക് ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷാ ഫോറം

1. അപേക്ഷകന്റെ പേര് :
2. മേൽവിലാസം :
   - വീട്ട്പേര്
   - വീട്ട് നമ്പർ
   - വാർഡ് നമ്പർ
   - പഞ്ചായത്ത്/മുനിസിപ്പാലിറ്റി/കോർപ്പറേഷൻ :
   - പോസ്റ്റ് ഓഫീസ് (നിർബന്ധം) :
   - ജില്ല, പിൻ നമ്പർ :
3. ഫോൺ നമ്പർ, ലാന്റ് ഫോൺ/മൊബൈൽ :
4. അപേക്ഷകന്റെ വയസ്സും, ജനനതീയതിയും :
5. സ്ത്രീയോ/പുരുഷനോ :
6. രോഗിയുടെ വാർഷിക വരുമാനം (വില്ലേജ് ആഫീസിൽ നിന്നും ലഭിക്കുന്ന വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ്/ ബി.പി.എൽ. റേഷൻ കാർഡിന്റെ കോപ്പി/ ബി.പി.എൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഹാജരാക്കുക) :
7. കരൾ/വൃക്ക മാറ്റി വയ്ക്കൽ സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ :
   - (എ). ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തിയ തീയതി :
   - (ബി). ശസ്ത്രക്രിയ ചെയ്ത ഡോക്ടറുടെ പേര് :
   - (സി). ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തിയ ആശുപത്രിയുടെ പേര് :
   - (ഡി) ഇപ്പോൾ ചികിൽസിക്കുന്ന ഡോക്ടറുടെ പേര് :
   - (ഇ) ഇപ്പോൾ ചികിൽസിക്കുന്ന ആശുപത്രിയുടെ പേര് :
8. നിലവിൽ സമാശ്വാസം പദ്ധതിയുടെ ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്നുണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ എന്നു മുതൽ :
9. രോഗിയുടെ പേരിൽ നാഷണലൈസ്ഡ് ബാങ്കിൽ ആരംഭിച്ചിട്ടുളള അക്കൗണ്ടിന്റെ വിശദാംശം :
   - (എ). ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ (പാസ്ബുക്കിലെ പേരും മേൽവിലാസവും അക്കൗണ്ട് നമ്പരും ഉള്ള പേജിന്റെ പകർപ്പ്) :
   - (ബി) ബാങ്കിന്റെ പേര് :
   - (സി) ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര് :
   - (ഡി). ഐ.എഫ്.എസ്.സി കോഡ് നമ്പർ :
10. ആധാർ കാർഡ് നമ്പർ (കാർഡ് ലഭിച്ചിട്ടില്ലെങ്കിൽ രജിസ്റ്റർ നമ്പർ) :
11. വൃക്ക/കരൾ മാറ്റി വയ്ക്കൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു ശേഷം ബന്ധപ്പെട്ട ആശുപത്രികൾ നൽകുന്ന ഡിസ്ചാർജ് ഷീറ്റിന്റെ ഗസറ്റഡ് ആഫീസർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ് ഉളളടക്കം ചെയ്യേണ്ടതാണ്. :

സത്യപ്രസ്താവന

മേൽപറഞ്ഞ കാര്യങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലുംസത്യമാണെന്നും ഞാൻ വൃക്ക/കരൾ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയനായ രോഗിയാണെന്നും ഇപ്പോഴും തുടർ ചികിത്സയിലാണെന്നും ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊളളുന്നു.

സ്ഥലം :
തീയതി:

അപേക്ഷകന്റെ പേരും ഒപ്പും.

ശിശുവികസന പദ്ധതി ആഫീസറുടെ അന്വേഷണ റിപ്പോർട്ട്

ശ്രീ/ ശ്രീമതി/ കുമാരി .... സമർപ്പിച്ച അപേക്ഷയും അനുബന്ധ രേഖകളും പരിശോധിക്കുകയും അപേക്ഷയിന്മേൽ ആവശ്യമായ അന്വേഷണനം നടത്തുകയും ഉണ്ടായി. ടിയാൻ/ ടിയാൾ......................തീയതിയിൽ ....ആശുപത്രിയിൽ വൃക്ക/കരൾ മാറ്റി വയ്ക്കൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു വിധേയനാണെന്നും ഇപ്പോഴും തുടർ ചികിത്സയിലാണെന്നും അന്വേഷണത്തിൽ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്. ടിയാന്/ടിയാൾക്ക് നിലവിലെ സ്പെഷ്യൽ സമാശ്വാസം പദ്ധതി മാനദണ്ഡ പ്രകാരമുള്ള ധനസഹായത്തിന് അർഹതയുള്ളതിനാൽ പ്രസ്തുത ധനസഹായത്തിന് ശുപാർശ ചെയ്തു കൊള്ളുന്നു/ ടിയാന്/ടിയാൾക്ക് ടി ധനസഹായത്തിന് അർഹതയില്ലയെന്നും റിപ്പോർട്ട് ചെയ്തുകൊള്ളുന്നു.

ഒപ്പ് :

പേര് :

ആഫീസ് മുദ്ര

.... ഐ.സി.ഡി.എസ്. പ്രോജക്ട്

.... ജില്ല

ആഫീസ് ഫോൺ നമ്പർ ....

സ്ഥലം :

തീയതി :

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ റീജിയണൽ ഡയറക്ടറുടെ തീരുമാനം

ശ്രീ/ ശ്രീമതി/ കുമാരി .... എന്നയാൾക്ക് .... (.. രൂപ മാത്രം) ....മാസം മുതൽ പ്രതിമാസ ധനസഹായം അനുവദിച്ചിരിക്കുന്നു.

തീയതി :

റീജിയണൽ ഡയറക്ടർ

(അപേക്ഷകർ ഈ പേജിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് എടുത്ത് സൂക്ഷിക്കുക.)

Photo

Medical Certificate

Certified that (Name and Address of Patient)..

....

has undergone renal transplantation/ liver transplantation on..............................

(Date/month/year). And he/she requires regular treatment for ....

month / years/ lifelong.

Place :
Date :
Seal.

Signature :
Name:
Reg. No:
Name of Hospital & Designation:

(ആദ്യ അപേക്ഷകർക്ക് ശേഷം ഓരോ ആറ് മാസത്തിലും പൂരിപ്പിച്ച് നൽകേണ്ടത്.)

Register No	

Medical Certificate and Life Certificate

Certified that (Name and Address of the Patient)...

....

has undergone regular treatment and he / she is alive on this day ...../.....month of 20..... and he/ she requires further treatment for .... month / year/lifelong.

Place :
Date :
Seal.

Signature :
Name:
Designation:
Reg. No:
Name of Hospital :

(അപേക്ഷകർ ഈ പേജിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് എടുത്ത് സൂക്ഷിക്കുക)

<u>മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ</u>

1. അപേക്ഷകൻ വൃക്ക/കരൾ മാറ്റി വയ്ക്കൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയമായി തുടർ ചികിൽസയിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്നയാളായിരിക്കണം. ശസ്ത്രക്രിയ കഴിഞ്ഞ് തുടർ ചികിത്സയിൽ ഏർപ്പെടുന്നവർക്ക് പരമാവധി 5 വർഷകാലമാണ് ധനസഹായത്തിനർഹതയുണ്ടായിരിക്കുക.

2. അപേക്ഷാ ഫാറത്തിനോടൊപ്പമുള്ള മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ നിശ്ചിത ഫോറത്തിൽ സർക്കാർ/സ്വകാര്യ ആശുപത്രിയിലെ വൃക്ക/കരൾരോഗ വിദഗ്ധനിൽ നിന്നും സർട്ടിഫിക്കറ്റ് വാങ്ങി അപേക്ഷയോടൊപ്പം ചേർക്കേണ്ടതാണ്.

3. അപേക്ഷകന്റെ ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റും തുടർചികിത്സാ സർട്ടിഫിക്കറ്റും സർക്കാർ/സ്വകാര്യ ആശുപത്രിയിലെ വൃക്കരോഗ വിദഗ്ധനിൽ നിന്നും ശേഖരിച്ച് 6 മാസത്തിലൊരിക്കൽ ഈ കാര്യാലയത്തിൽ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

4. അപേക്ഷകന്റെ പേരിൽ ആരംഭിക്കുന്ന ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ, ബാങ്കിന്റെ പേര്, ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്, IFSC കോഡ് നമ്പർ എന്നിവ അപേക്ഷയിൽ നിർബന്ധമായും രേഖപ്പെടുത്തണം. ടി വിവരദാംശമുള്ള പേജിന്റെ കോപ്പി അപേക്ഷയോടൊപ്പം ചേർക്കേണ്ടതാണ്.

5. അപേക്ഷയിൽ ആവശ്യമായ മുഴുവൻ വിശദാംശങ്ങളും ചേർത്ത് ശിശുവികസന പദ്ധതി ആഫീസർക്ക് സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

6. ബന്ധപ്പെട്ട സി.ഡി.പി.ഒ മാർ അപേക്ഷയിൽ ഡോക്ടറുടെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്, ഡിസ്ചാർജ് ഷീറ്റിന്റെ ഗസറ്റഡ് ആഫീസർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ്, ഒറിജിനൽ വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ്/ബി.പി.എൽ റേഷൻ കാർഡിന്റെ അറ്റസ്റ്റഡ് കോപ്പി/തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപന അധികൃതരിൽ നിന്നുള്ള ബി.പി.എൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ബാങ്ക് പാസ്സ്ബുക്കിൽ മേൽവിലാസവും അക്കൗണ്ട് നമ്പരും രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ള പേജിന്റെ പകർപ്പ്, ആധാർ കാർഡിന്റെ കോപ്പി എന്നിവ ഉള്ളടക്കം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഉറപ്പു വരുത്തേണ്ടതാണ്.

7. ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റും തുടർ ചികിത്സാ സർട്ടിഫിക്കറ്റും ആറു മാസത്തിലൊരിക്കൽ കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർക്ക് നൽകേണ്ടതാണ്.

8. അപേക്ഷാഫോറം ശിശുവികസന പദ്ധതി ആഫീസുകൾ,കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷന്റെ കോഴിക്കോടുള്ള റീജിയണൽ ആഫീസ്, വയോമിത്രം ആഫീസുകൾ മിഷന്റെ ഹെഡ് ആഫീസ്, മിഷന്റെ വെബ്സൈറ്റ് എന്നിവിടങ്ങളിൽ നിന്നും ലഭിക്കുന്നതാണ്.

<u>വിലാസം :</u>
എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ,
കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ,
രണ്ടാംനില, വയോജന പകൽ പരിപാലന കേന്ദ്രം,
പൂജപ്പുര, തിരുവനന്തപുരം - 695012
ഫോൺ. 0471-2341200, 2348135

രജിസ്റ്റർ നം.:

സാമൂഹ്യ നീതി വകുപ്പ്

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ

സമാശ്വാസം പദ്ധതി III

ഹീമോഫീലിയ രോഗികൾക്ക് ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷ ഫോറം

1. അപേക്ഷകന്റെ പേര് :

2. മേൽവിലാസം :
   വീട്ട് പേര്
   വാർഡ് നമ്പർ
   പഞ്ചായത്ത്/മുൻസിപാലിറ്റി/കോർപ്പറേഷൻ
   പോസ്റ്റ് ഓഫീസ് (നിർബന്ധം)
   ജില്ല, പിൻ നമ്പർ.

3. ഫോൺ നമ്പർ : ലാന്റ് ഫോൺ / മൊബൈൽ :

4. അപേക്ഷകന്റെ വയസും ജനനതീയതിയും :

5. സ്ത്രീയോ / പുരുഷനോ :

6. ഇപ്പോൾ ചികിത്സിക്കുന്ന കേന്ദ്രം :

7. ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ :

8. (എ) ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ :
   (ബി) ബാങ്കിന്റെ പേര്
   (സി) ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്
   (ഡി) ഐ.എഫ്.എസി. കോഡ് നമ്പർ :

   (ഇ) ഐ.എഫ്. എസി. കോഡ് നമ്പർ :
   (വീണ്ടും എഴുതുക)

9. ആധാർ നമ്പർ / ആധാർ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ :

സത്യപ്രസ്താവന

മേൽ പറഞ്ഞ കാര്യങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും ബോധ്യത്തിലും ശരിയും സത്യവുമാണെന്നും ഞാൻ ഹീമോഫീലിയ രോഗിയാണെന്നും ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം :

തീയതി : അപേക്ഷകന്റെ പേരും ഒപ്പും

MEDICAL CERTIFICATE FOR HAEMOPHILIA PATIENTS

(To be certified by specialise doctor from the Department of Medicine / Paediatrics / Haematology, from a Government Medical College)

Photo

(To be signed by Medical Officer)

This is to certify that Mr / Ms /Master / Kumari .... S/o / D/o ....(Address).. .... is suffering from Haemophilia/ Haemophilia related diseases due to deficiency of factor .... I hereby recommend Mr/Mrs/Master/Kumari... for monthly financial assistance from Kerala Social Security Mission under Samashwasam III project.

Signature
Name
Designation
Register no:

Counter sign by Superintendent / Concerned HOD:

Office Seal

Place :
Date :

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ റീജിയണൽ ഡയറക്ടറുടെ തീരുമാനം

ശ്രീ/ശ്രീമതി/കുമാരി ....
എന്നയാൾക്ക്...(...
.... രൂപ) മാത്രം .... മാസം മുതൽ പ്രതിമാസ ധനസഹായം അനുവദിച്ചിരിക്കുന്നു.

രജിസ്റ്റർ നമ്പർ :
തീയതി :

റിജിയണൽ ഡയറക്ടർ

(അപേക്ഷകർ ഈ പേജിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് എടുത്ത് സൂക്ഷിക്കുക)

MEDICAL CERTIFICATE AND LIFE CERTIFICATE FOR HAEMOPHILIA PATIENTS

This is to certify that Mr / Ms /Master / Kumari .... S/o /D/o...(Adress).. .... has undergone regular treatment and he/she is alive on this day......./.....month of 20....and she requires further treatment for.......................month/year/lifelong.

Signature
Name
Designation
Register no:

Office Seal

Place :
Date :

മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ

1. അപേക്ഷകൻ ഹീമോഫീലിയ അല്ലെങ്കിൽ അതിന്റെ അനുബന്ധ രോഗബാധിതനായിരിക്കണം.

2. ഗവൺമെന്റ് മെഡിക്കൽ കോളേജിലെ മെഡിസിൻ/ പീഡിയാട്രിക്സ്/ ഹെമറ്റോളജി ഡിപ്പാർട്ട്മെന്റിന്റെ മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് നിശ്ചിത ഫോറത്തിൽ അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഉള്ളടക്കം ചെയ്യേണ്ടതാണ്.

3. അപേക്ഷകന്റെ പേരിൽ ആരംഭിച്ച ബാങ്ക് പാസ്ബുക്കിന്റെ ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ, ബാങ്കിന്റെ പേര്, ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്, IFSC കോഡ് നമ്പർ എന്നിവയടങ്ങിയ പേജിന്റെ പകർപ്പ് അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്. അപേക്ഷകൻ പ്രായപൂർത്തിയാവാത്ത ആളാണെങ്കിൽ കുട്ടിയുടെയും രക്ഷിതാവിന്റെയും പേരിൽ സംയുക്തമായി ആരംഭിച്ച ബാങ്ക് അക്കൗണ്ടിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്.

4. ചികിത്സിക്കുന്ന സർക്കാർ ആശുപത്രിയിൽ നിന്നും ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റ് എല്ലാ ജനുവരി മാസത്തിലും ജൂൺ മാസത്തിലും മിഷന്റെ തിരുവനന്തപുരം ആസ്ഥാന ഓഫീസിലേക്ക് നേരിട്ട് അയച്ചു തരേണ്ടതാണ്. വിലാസം ചുവടെ ചേർക്കുന്നു. ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ലഭിക്കുന്ന മുറയ്ക്ക് മാത്രമേ തുടർന്നുള്ള മാസങ്ങളിലെ ധനസഹായം അനുവദിക്കുകയുള്ളു.

5. അപേക്ഷകൾ സംബന്ധിച്ചുള്ള എല്ലാ കത്തിടപാടുകളിലും കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷ മിഷനിൽ നിന്നും അനുവദിക്കുന്ന രജിസ്റ്റർ നമ്പർ നിർബന്ധമായും ചേർക്കേണ്ടതാണ്.

6. ആധാർ കാർഡ് ലഭിച്ചവർ ആയതിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് ഉള്ളടക്കം ചെയ്യണം. അല്ലാത്തവർ ആധാർ രജിസ്ട്രഷൻ സ്ലിപ്പിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് കോപ്പി ഉള്ളടക്കം ചെയ്യേണ്ടതാണ്.

7. ആധാർ കാർഡ് ലഭിക്കാത്തവർ ഫോട്ടോ പതിച്ച ഏതെങ്കിലും അംഗീകൃത തിരിച്ചറിയൽ രേഖയുടെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് കോപ്പി ഉള്ളടക്കം ചെയ്യേണ്ടതാണ്.

വിലാസം :

എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ
കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ,
രണ്ടാംനില, വയോജന പകൽ പരിപാലന കേന്ദ്രം,
പൂജപ്പുര, തിരുവനന്തപുരം - 695012
ഫോൺ : 0471-2341200, 2348135

സാമൂഹ്യനീതി വകുപ്പ്
കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ
സംസ്ഥാനത്ത് ട്രൈബൽ വിഭാഗത്തിൽപ്പെടാത്ത സിക്കിൾസെൽ അനീമിയ രോഗികൾക്ക്
പ്രതിമാസ ധനസഹായം നൽകുന്ന പദ്ധതി

1. അപേക്ഷകന്റെ പേര് :
2. മേൽവിലാസം :
   വീട്ട് പേര് :
   വാർഡ് നം. :
   പഞ്ചായത്ത്/മുനിസിപ്പാലിറ്റി/കോർപ്പറേഷൻ :
   പോസ്റ്റ് ഓഫീസ് (നിർബന്ധം) :
   ജില്ല, പിൻ നമ്പർ :

3. ഫോൺ നമ്പർ: ലാന്റ് ഫോൺ/മൊബൈൽ :
4. അപേക്ഷകന്റെ വയസ്സും ജനനതീയതിയും :
5. സ്ത്രീയോ/പുരുഷനോ :
6. അപേക്ഷകന്റെ മതം :
   ജാതി :
   (വില്ലേജ് ഓഫീസർ നൽകുന്ന
   ജാതി സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഹാജരാക്കുക)
7. രോഗവിവരം
   (HBSS/HBS കോമ്പിനേഷൻ ബാധിച്ച രോഗിയാണെന്നുള്ളത് സംബന്ധിച്ച് ഏതെങ്കിലും സർക്കാർ മെഡിക്കൽ കോളേജ് ഹോസ്പിറ്റലിലെ പാത്തോളജി വിഭാഗം/ജില്ലാ സർക്കാർ ആശുപത്രികളിലെ പാത്തോളജി വിഭാഗത്തിൽനിന്നും നിശ്ചിത മാതൃകയിലുള്ള സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഹാജരാക്കുക.

8. കുടുംബ വാർഷിക വരുമാനം (ബി.പി.എൽ റേഷൻ കാർഡ്/തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപന മേധാവിയിൽ നിന്നും ബി.പി.എൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഹാജരാക്കുക)

9. (എ) ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ :
   (പാസ്സ് ബുക്കിന്റെ ആദ്യത്തെ പേജിന്റെ പകർപ്പ്) :
   (ബി) ബാങ്കിന്റെ പേര് :
   (സി) ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര് :
   (ഡി) ഐ.എഫ്.എസ്. കോഡ് നമ്പർ :
10. ആധാർ നമ്പർ/ആധാർ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ :

<u>സത്യപ്രസ്താവന</u>

മേൽപ്പറഞ്ഞ കാര്യങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും ബോധ്യത്തിലും സത്യമാണെന്നും, ഞാൻ HBSS/HBS കോമ്പിനേഷൻ ബാധിച്ച രോഗിയാണെന്നും ഞാൻ പട്ടിക വർഗ്ഗ വിഭാഗത്തിൽ ഉൾപ്പെട്ട വ്യക്തി അല്ലെന്നും ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം:
തീയതി: അപേക്ഷകന്റെ പേരും ഒപ്പും

*(15 വയസ്സിന് താഴെയുള്ള കുട്ടികളാണെങ്കിൽ
രക്ഷിതാവിന്റെ പേരും ഒപ്പും)

PHOTO

Medical Certificate

This is to Certified that (Name and Address of Patient)... ....is suffering from Sickle cell disease which was conformed through ....(Name of the confirmation test) his status is HBSS/HBS Combination*/Others (Specify)*..He/She is undergoing treatment from ....and requires lifelong treatment.

Place:
Date:
Seal :

Signature :
Name :
Designation:

Counter signed by HOD Department of Pathology (any Govt.Medical College/ District Hospitals in Kerala)

*Mark (✓) against the applicable one.

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടറുടെ തീരുമാനം

ശ്രീ/ശ്രീമതി/കുമാരി...എന്നയാൾക്ക് ....(...രൂപ) മാത്രം ....മാസം മുതൽ പ്രതിമാസ ധനസഹായം അനുവദിച്ചിരിക്കുന്നു.

തീയതി :

എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ

(അപേക്ഷകർ ഈ പേജിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് എടുത്ത് സൂക്ഷിക്കുക)

ശിശു വികസന പദ്ധതി ഓഫീസർ നൽകേണ്ട ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

This is to certify that Mr./Mrs...(Name and Address of Patient) is alive on this date...

Signature :
Name :

Office Seal :

(ഈ പേജ് അപേക്ഷയോടൊപ്പം അയക്കേണ്ടതില്ല)

മാനദണ്ഡങ്ങൾ:

1. അപേക്ഷകന്റെ പേരിൽ നാഷണലൈസ്ഡ് ബാങ്കിൽ ആരംഭിക്കുന്ന ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ, ബാങ്കിന്റെ പേര്, ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്, IFS കോഡ് നമ്പർ എന്നിവ അപേക്ഷയിൽ നിർബന്ധമായും രേഖപ്പെടുത്തണം.

2. ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റ് മിഷന്റെ തിരുവനന്തപുരം ആസ്ഥാന ആഫീസിലേയ്ക്ക് നേരിട്ട് അയച്ചു തരേണ്ടതാണ്. വിലാസം ചുവടെ ചേർത്തിട്ടുണ്ട്.

3. ആധാർ കാർഡ് ലഭിച്ചവർ ആയതിന്റ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ്, അല്ലാത്തവർ ആധാർ രജിസ്ട്രേഷൻ സ്ലിപ്പിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് എന്നിവ അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഉള്ളടക്കം ചെയ്യണം.

4. അപേക്ഷകർ അരിവാൾ രോഗം (HBSS) ബാധിച്ചവരോ, HBS Combination ബാധിച്ചവരോ ആണെന്ന് HPLC (High Performing Liquid Chomatography) വഴിയോ മറ്റ് ടെസ്റ്റുകൾ വഴിയോ ഉറപ്പ് വരുത്തിയവരായിരിക്കണം. ഇതു സംബന്ധിച്ച് ഏതെങ്കിലും സർക്കാർ മെഡിക്കൽ കോളേജ് ഹോസ്പിറ്റലിലെ പാത്തോളജി വിഭാഗം/ജില്ലാ സർക്കാർ ആശുപത്രികളിലെ പാത്തോളജി വിഭാഗത്തിൽ നിന്നും നിശ്ചിത മാതൃകയിലുള്ള സാക്ഷ്യപത്രം അപേക്ഷയോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

5. (HBAS) Sickle cell trait - നെ പദ്ധതിയിൽ പരിഗണിക്കുന്നതല്ല.

6. പട്ടിക വർഗ്ഗക്കാരല്ലാത്ത അരിവാൾ രോഗം ബാധിച്ചവരെ മാത്രമേ ഈ പദ്ധതിയിൽ പരിഗണിക്കുകയുള്ളൂ.

7. വില്ലേജ് ഓഫീസർ നൽകുന്ന ജാതി സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെയും (ബി.പി.എൽ റേഷൻ കാർഡ്/തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ സ്ഥാപന മേധാവിയുടെ ബി.പി.എൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്) രോഗാവസ്ഥ തെളിയിക്കുന്നതിന് ഏതെങ്കിലും സർക്കാർ മെഡിക്കൽ കോളേജിലെ/ജില്ലാ ആശുപത്രികളിലെ പാത്തോളജി വിഭാഗം നൽകുന്ന സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെയും അടിസ്ഥാനത്തിൽ ആനുകൂല്യം അനുവദിക്കുന്നതാണ്.

8. രോഗി മരണപ്പെട്ടാൽ രോഗിയുടെ ആശ്രിതന് ധനസഹായം ലഭിക്കാൻ അർഹത ഉണ്ടായിരിക്കുന്നതല്ല.

9. ധനസഹായം ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് മുഖേന മാത്രമേ അനുവദിക്കുകയുള്ളൂ.

10. ധനസഹായം തുടർന്ന് ലഭിക്കുന്നതിന് എല്ലാ വർഷവും ജനുവരി/ജൂൺ മാസങ്ങളിൽ നിശ്ചിത മാതൃകയിൽ ശിശു വികസന പദ്ധതി ഓഫീസറിൽ നിന്നും ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റ് വാങ്ങി ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്.

11. കുടുംബ വാർഷിക വരുമാനം ഗ്രാമപ്രദേശങ്ങളിൽ 20,000/- രൂപ വരെയും നഗരപ്രദേശങ്ങളിൽ 22,375/- രൂപ വരെയുമാണ്.

വിലാസം.

എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ,
കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ,
പൂജപ്പുര, തിരുവനന്തപുരം - 695012
ഫോൺ: 0471-2341200.