

**കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ**  
സോഷ്യൽ വെൽഫെയർ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂഷൻ കോംപ്ലക്സ്  
പുജപ്പുര, തിരുവനന്തപുരം-12

**കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ സർജറി പദ്ധതി**

ക്രമനമ്പർ

രോഗിയുടെ പാസ്  
പോർട്ട് വലിപ്പത്തി  
ലുള്ള ഫോട്ടോ  
(ഇ.എൻ.റ്റിസർജൻ  
അറ്റസ്റ്റ് ചെയ്തത്)

**അപേക്ഷാഫാറം**

- 1. സർജറി ആവശ്യമുള്ള രോഗിയുടെ പേര് : .....
- 2. വയസ്സും ജനനത്തീയതിയും : .....
- 3. ലിംഗം : ആൺകുട്ടി / പെൺകുട്ടി
- 4. രോഗിയുടെ രക്ഷകർത്താവിന്റെ വിവരങ്ങൾ
  - പേര് : .....
  - വീട്ടുപേര് : .....
  - വാർഡ് : .....
  - പഞ്ചായത്ത് / മുനിസിപ്പാലിറ്റി : .....
  - കോർപ്പറേഷൻ : .....
  - താലൂക്ക് : .....
  - ജില്ല : .....
  - പിൻകോഡ് : .....

5. ടെലഫോൺ നമ്പറുകൾ

- 1. ലാന്റ് ഫോൺ (എസ്.റ്റി.ഡി കോഡ് സഹിതം) : .....
- 2. മൊബൈൽ ഫോൺ : .....

6. കുടുംബത്തിന്റെ മൊത്ത വാർഷിക വരുമാനം : ..... രൂപ  
(റേഷൻ കാർഡ് പ്രകാരം)

7. കുടുംബാംഗങ്ങളെ സംബന്ധിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ :

ക്രമ നമ്പർ	കുടുംബാംഗങ്ങൾ	വയസ്സ്	വിദ്യാഭ്യാസ യോഗ്യത	തൊഴിൽ	പ്രതിമാസ വരുമാനം	ഏതെങ്കിലും ശാരീരിക വൈകല്യം ബാധിച്ചിട്ടുണ്ടോ ( ഉണ്ട്/ ഇല്ല)	മറ്റ് പ്രത്യേകിച്ച് ഉള്ള വിവരങ്ങൾ എന്തെങ്കിലും ഉണ്ടെങ്കിൽ എഴുതുക
1.	രോഗിയുടെ അച്ഛൻ						
2.	രോഗിയുടെ അമ്മ						
3.	രോഗിയുടെ സഹോദരൻ 1						
4.	രോഗിയുടെ സഹോദരൻ 2						
5.	രോഗിയുടെ സഹോദരി 1						
6.	രോഗിയുടെ സഹോദരി 2						
7.	മറ്റ് കുടുംബാംഗങ്ങൾ (ആരെന്ന് വ്യക്തമാക്കുക)						

8. രോഗിക്ക് ശ്രവണവൈകല്യം ഉള്ളതായി കണ്ടുപിടിച്ചത് ഏത് പ്രായത്തിലാണ് : ..... വയസ്സ്..... മാസം

9. ശ്രവണവൈകല്യം ഏതു തരത്തിൽപ്പെട്ടതാണ് : .....

10. ശ്രവണ വൈകല്യത്തിന്റെ അളവ് എത്ര ഡിഗ്രി : .....

11. രോഗിക്ക് ചുവടെപ്പറയുന്നവയിൽ ബാധകമായത് (V) അടയാളം രേഖപ്പെടുത്തുക.

(എ). പതിവായി സ്പീച്ച് തെറാപ്പി നൽകുന്നു. ( )

(ബി). പ്രീസ്കൂൾ പരിശീലനം നൽകുന്നു. ( )

(സി). സ്പെഷ്യൽ സ്കൂളിൽ പോകുന്നു. ( )

(ഡി). സാധാരണ സ്കൂളിൽ പോകുന്നു. ( )

(ഇ). മേൽപ്പറഞ്ഞവ കൂടാതെ മറ്റെന്തെങ്കിലും ചെയ്യുന്നുണ്ടോ ? : .....

12. സർക്കാർ ധനസഹായമുപയോഗിച്ച് രോഗിക്ക് : (1) .....

കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ സർജറി നടത്തുന്നതിന് ഏത് ആശുപത്രിയാണ് തെരഞ്ഞെടുക്കാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്നത്. (2) .....

(ആശുപത്രിയുടെ പേര് മുൻഗണനാക്രമത്തിൽ എഴുതുക) (3) .....

13. സർജറിക്കുശേഷം ഓഡിറ്ററി വെർബൽ തെറാപ്പി : (1) .....

തുടർന്നു നടത്തുന്നതിന് തെരഞ്ഞെടുക്കാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന കേന്ദ്രം . (2) .....

(ആശുപത്രിയുടെ / സ്ഥാപനത്തിന്റെ പേര് മുൻഗണനാക്രമത്തിൽ എഴുതുക) (3) .....

**പ്രസ്താവന**

ഞാൻ ..... (പേര്) മേൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള കാര്യങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും ശരിയും സത്യവുമാണെന്ന് ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം : രോഗിയുടെ രക്ഷകർത്താവിന്റെ

തീയതി : പേരും .....

ഒപ്പും .....

അനുബന്ധം - 1

(Appendix - 1)

വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ വഴി സർക്കാർ നടപ്പിലാക്കുന്ന കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ സർജിക്ക് ധനസഹായം ലഭ്യമാക്കുന്നതിനുവേണ്ടി അപേക്ഷ സമർപ്പിച്ചിട്ടുള്ള ശ്രീ/ശ്രീമതി .....യുടെ കുടുംബവാർഷിക വരുമാനം ..... രൂപയാണെന്ന് ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

തീയതി

വില്ലേജ് ഓഫീസ് മുദ്ര

വില്ലേജ് ഓഫീസറുടെ/  
തഹസീൽദാരുടെ പേരും ഒപ്പും

ഓഡിയോളജിസ്റ്റ് ആന്റ് സ്പീച്ച് ലാംഗ്വേജ് പാത്തോളജിസ്റ്റ് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി നൽകേണ്ടത്

**1. Details on Hearing Aid usage of Patient.**

Sl. No.	Name of the Hearing Aid	Body level/ Behind the Ear	Analog / Digital	Duration of Use
1.				
2.				
3.				
4.				

**2. Recommendation by Audiologist and Speech – Language Pathologist ( SLP)**

I hereby recommended that the patient.....S/o  
 ..... has been diagnosed as  
 .....and has limited  
 benefit from suitable hearing aids. He has been advised to undergo Cochlear  
 Implantation and therapy as early as possible. The necessary documents have been  
 provided as mentioned at the end of this application.

Date: (Office Seal)  
 Place:

Name and signature of the Audiologist  
 and Speech –Language Pathologist:  
 RCI Reg. No.  
 Name of the hospital / centre:

അനുബന്ധം - 3

(Appendix - 3)

ഇ.എൻ.റ്റി സർജൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി നൽകേണ്ടത്

**1. Health issues of the Patient.**

Sl. No.	Issues	Status ( put (v) if present)
1.	History of Meningitis	
2.	Any congenital anomaly	
3.	Jaundice requiring exchange transfusion	
4.	Vision Problems	
5.	Mental sub normality	

**2. Recommendation by ENT Surgeon**

I hereby certify that I have personally examined the patient .....  
S/o ..... OP No .....  
and his/her test results. He/she has been advised to undergo Cochlear Implantation  
at the earliest to improve hearing and communication ability. The necessary  
documents have been provided as required at the end of this application.

Date: (Office Seal)  
Place:

Name of the ENT Surgeon:  
MCI Reg. No.  
Name of the hospital / centre:

അനുബന്ധം - 4

(Appendix - 4)

ഇ.എൻ.റ്റി സർജനും ആഡിയോളജിസ്റ്റ് ആന്റ് സ്പീച്ച് ലാംഗ്വേജ് പാത്തോളജിസ്റ്റും ചേർന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി നൽകേണ്ടത്.

ചെക്ക് ലിസ്റ്റ്

(എല്ലാറ്റിന്റേയും ഓരോ കോപ്പി വീതം വയ്ക്കേണ്ടതാണ്)

Sl. No.	Tests	Status (Yes/No)	Date of Evaluation
1.	BERA / Audiogram		
2.	ASSR		
3.	OAE		
4.	Tympanogram		
5.	Aided thresholds (BOA / Audiogram) with Rt.....aid Lt.....aid		
6.	Speech – Language test		
7.	HRCT of the temporal bones		
8.	MRI of head and inner ear		
9.	Audiological test report		

Seal and Signature of Audiologist  
and Speech Language Pathologist

Seal and Signature  
of ENT surgeon