

### സാമൂഹ്യ നീതി വകുപ്പ്

#### കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ

സംസ്ഥാനത്ത് ട്രൈബൽ വിഭാഗത്തിൽപ്പെടാത്ത സിക്കിൾസെൽ രോഗികൾക്ക് പ്രതിമാസ ധനസഹായം നൽകുന്ന പദ്ധതി.

- 1. അപേക്ഷകന്റെ പേര് :
- 2. മേൽവിലാസം :
- വീട്ടുപേര്
- 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. അപേക്ഷകന്റെ മതം :
- ജാതി :
- (വില്ലേജ് ആഫീസർ നൽകുന്ന ജാതി സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഹാജരാക്കുക)
- 7. രോഗ വിവരം  
(HBSS/HBS കോമ്പിനേഷൻ ബാധിച്ച രോഗിയാണെന്നുള്ളത് സംബന്ധിച്ച് കോഴിക്കോട് പത്തോളജി വിഭാഗത്തിൽ നിന്നും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഹാജരാക്കുക) :
- 8. കുടുംബ വാർഷിക വരുമാനം  
(ബി.പി.എൽ രേഷൻ കാർഡ്/തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപന മേധാവിയുടെ ബി.പി.എൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഹാജരാക്കുക)
- 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

മേൽപറഞ്ഞ 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 undergoing treatment from ..... and requires lifelong treatment.

Place :

Signature :

Date :

Name :

Reg. No :

Seal :

Designation :

Counter signed by HOD

Department of Pathology Medical College Hospital Kozhikode

\*Mark ( √ ) against the applicable one.

**കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ 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

**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 ആഫീസിലേക്ക് നേരിട്ട് അയച്ചു തരേണ്ടതാണ്. വിലാസം ചുവടെ ചേർക്കുന്നു.
  3. അപേക്ഷകൾ സംബന്ധിച്ചുള്ള എല്ലാ കത്തിടപാടുകളിലും രജിസ്റ്റർ നമ്പർ നിർബന്ധമായും ചേർക്കേണ്ടതാണ്.
  4. ആധാർ കാർഡ് ലഭിച്ചവർ ആയതിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് അടക്കം ചെയ്യണം. അല്ലാത്തവർ ആധാർ രജിസ്ട്രേഷൻ സ്റ്റാമ്പിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് അടക്കം ചെയ്യണം.
  5. അപേക്ഷകർ അറിവാൾ രോഗം (HBSS) ബാധിച്ചവരോ HBS Combination ബാധിച്ചവരോ ആണെന്ന് HPLC (High Performing Liquid Chromatography) വഴിയോ മറ്റ് ടെസ്റ്റുകൾ വഴിയോ ഉറപ്പ് വരുത്തിയവരായിരിക്കണം. ഇതു സംബന്ധിച്ച് കോഴിക്കോട് മെഡിക്കൽ കോളേജ് പത്തോളജി വിഭാഗത്തിൽ നിന്നും നിശ്ചിത മാതൃകയിലുള്ള സാക്ഷ്യപത്രം അപേക്ഷയോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
  6. (HBAS) Sickel cell trait നെ പദ്ധതിയിൽ പരിഗണിക്കുന്നതല്ല.
  7. പട്ടികവർഗ്ഗക്കാരല്ലാത്ത അറിവാൾ രോഗം ബാധിച്ചവരെ മാത്രമേ ഈ പദ്ധതിയിൽ പരിഗണിക്കുകയുള്ളൂ.
  8. വില്ലേജ് ഓഫീസർ നൽകുന്ന ജാതി സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെയും (ബി.പി.എൽ റേഷൻ കാർഡ്/തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപന മേധാവിയുടെ ബി.പി.എൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് രോഗാവസ്ഥ തെളിയിക്കുന്നതിന് കോഴിക്കോട് മെഡിക്കൽ കോളേജിലെ പത്തോളജി വിഭാഗം നൽകുന്ന സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെയും അടിസ്ഥാനത്തിൽ ആനുകൂല്യം അനുവദിക്കുന്നതാണ്.
  9. രോഗി മരണപ്പെട്ടാൽ രോഗിയുടെ ആശ്രിതന് ധനസഹായം ലഭിക്കാൻ അർഹത ഉണ്ടായിരിക്കില്ല.
  10. ധനസഹായം ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് വഴി മാത്രമേ നൽകുകയുള്ളൂ.
  11. അർഹരായ അപേക്ഷകർക്ക് അപേക്ഷ സമർപ്പിച്ച മാസത്തിന് തൊട്ടടുത്ത മാസം മുതൽ ധനസഹായം അനുവദിച്ച് നൽകുന്നതാണ്.
  12. ധനസഹായം തുടർന്ന് ലഭിക്കുന്നതിന് എല്ലാ വർഷവും ജനുവരി /ജൂൺ മാസങ്ങളിൽ നിശ്ചിതമാതൃകയിൽ ശിശു വികസന പദ്ധതി ഓഫീസറിൽ നിന്നും ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റ് വാങ്ങി ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്.
- കുടുംബ വാർഷിക വരുമാനം ഗ്രാമ പ്രദേശങ്ങളിൽ 20,000/- രൂപ വരെയും നഗര പ്രദേശങ്ങളിൽ 22375/- രൂപ വരെയുമാണ്.

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