

സാമൂഹ്യ നീതി വകുപ്പ്
കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ
(ആശ്വാസ കിരണം പദ്ധതി)

മാനസിക/ശാരീരിക വെല്ലുവിളികൾ മൂലം അവശതയുള്ളവരെ പരിചരിക്കുന്നവർക്ക്
ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷ ഫോറം

1. എ. അപേക്ഷകന്റെ (പരിചാരകന്റെ) പേര് :
 (ബാങ്ക് അക്കൗണ്ടിൽ രേഖപ്പെടുത്തിയത് പ്രകാരം)
 (മലയാളത്തിലും ഇംഗ്ലീഷ് വലിയ അക്ഷരത്തിലും) :
 ബി) അപേക്ഷകന്റെ (പരിചാരകന്റെ) പൂർണ്ണ മേൽവിലാസം :
 പിൻകോഡ് സഹിതം
 സി) ഐ.സി.ഡി.എസ് ബ്ലോക്കിന്റെ പേര് :
 ഡി) പത്നായത്ത്/മുനിസിപ്പാലിറ്റി/കോർപ്പറേഷൻ(പേര്) :
 ഇ) അപേക്ഷകന്റെ (പരിചാരകന്റെ) ജനന തീയതിയും വയസും :
 എഫ്) അപേക്ഷകൻ (പരിചാരകന്റെ) ഫോൺ നമ്പർ :
 ഐ) സ്ത്രീയോ/പുരുഷനോ :
2. എ) പരിചരിക്കപ്പെടുന്ന(അവശത അനുഭവിക്കുന്ന വ്യക്തി)
 ആളുടെ പേര്(മലയാളത്തിലും ഇംഗ്ലീഷ് വലിയ
 അക്ഷരത്തിലും) :
 ബി) പരിചരിക്കപ്പെടുന്ന വ്യക്തിയുടെ വിലാസം :
 സി) പരിചരിക്കുന്ന ആളുടെ പൂർണ്ണമായ മേൽ വിലാസം :
 പിൻകോഡ് സഹിതം
 ഡി) പരിചരിക്കപ്പെടുന്ന ആളുടെ ജനനതീയതിയും വയസും :
 ഇ) അപേക്ഷകനുമായുള്ള ബന്ധം :
3. *പരിചരിക്കപ്പെടുന്ന ആൾ ആശ്രയ/ബി.പി.എൽ കുടുംബത്തിൽ
 പ്പെട്ട ആൾ ആണോ/ആശ്വാസകിരണം പദ്ധതിയനുസരിച്ചുള്ള
 വരുമാന പരിധിയ്ക്കകത്തുള്ള കുടുംബാംഗമാണോ?(ആണെങ്കിൽ
 തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ സ്ഥാപന അധികൃതരിൽ നിന്നുള്ള ബി.പി.എൽ
 സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ കോപ്പി ഹാജരാക്കണം ആശ്രയ/ബി.പി.എൽ.
 റേഷൻകാർഡിന്റെ കോപ്പി അല്ലെങ്കിൽ വില്ലേജാഫീസറിൽ നിന്നുള്ള
 വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഹാജരാക്കണം)
 ★ബുദ്ധിമാന്ദ്യം, ഓട്ടിസം,സെറിബ്രൽ പാൾസി, മാന്സികവൈകല്യം എന്നിവയ്ക്ക്
 വരുമാന പരിധി ബാധകമല്ലാത്തതിനാൽ ഇത്തരക്കാരെ പരിചരിക്കുന്നവർക്ക്
 വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ആവശ്യമില്ല
4. പരിചരിക്കപ്പെടുന്ന ആൾ മാനദണ്ഡ പ്രകാരമുള്ള :
 അവശതയുള്ള ആളാണോ?ആണെങ്കിൽ എന്താണ് അവശത? :
 (നിശ്ചിത മാതൃകയിലുള്ള മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് (പേജ്.3)
 ഗവൺമെന്റ് ഡോക്ടർ നൽകുന്നത്)

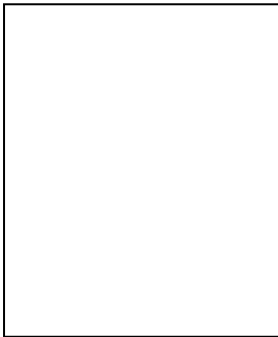


Photo of bedridden patient
attested by Doctor

Aswasakiranam

MEDICAL CERTIFICATE

This is to certify that Sri/Smt/Kumari/Master.....

.....
(Name&Address)aged..... is completely bedridden due to
.....(Name of disease), hence needs a fulltime
caregiver/★is 100% blind hence needs a full time caregiver/ is moderately/★severely mentally challenged,
hence needs a full time caregiver/★suffering from Cerebral Palsy★/Autism, hence needs a full time caregiver/
suffering from severe mental illness (Schizophrenia/★Severe Mood disorder) hence needs a full time caregiver.

★Strike out which is not applicable.

Identification marks of the Patient

Signature:

Name & Designation of the Doctor.....

Registration No:

Name of the Hospital

Office Seal

Place:

Date:

പ്രത്യേക ശ്രദ്ധയ്ക്ക്

ക്യാൻസർ, പക്ഷാഘാതം, മറ്റ് നാഡീരോഗങ്ങൾ എന്നിവ മൂലം ഒരു മുഴുവൻ സമയ പരിചരകന്റെ സേവനം ആവശ്യമുള്ളവിധം കിടപ്പിലായ രോഗികൾ, പ്രായധികൃത മൂലം കിടപ്പിലായവർ, 100 ശതമാനം അന്ധത ബാധിച്ചവർ, തീവ്രമാനസിക രോഗമുള്ളവർ ബുദ്ധിമാന്ദ്യം,ഓട്ടിസം,സെറിബ്രൽ പാൾസി മുതലായ ബുദ്ധിപരമായ വെല്ലുവിളികൾ നേരിടുന്നവർ എന്നിവരെ പരിചരിക്കുന്നവർക്കാണ് ആശ്വാസകിരണം പദ്ധതിയുടെ ആനുകൂല്യം ലഭ്യമാക്കുക. മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിലാണ് ധനസഹായം അനുവദിക്കുന്നത്. ആയതിനാൽ കൃത്യത ഉറപ്പുവരുത്തേണ്ടതാണ്. മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് വ്യക്തവും കൃത്യവും ആയിരിക്കേണ്ടതാണ്. വിവരങ്ങൾക്ക് 04712341200 എന്ന നമ്പറിൽ ബന്ധപ്പെടാവുന്നതാണ്.

(ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)
(ഐ.സി.ഡി.എസ്. സുഷർവൈസറുടെ അന്വേഷണ റിപ്പോർട്ട്)

ശ്രീ/ശ്രീമതി/കുമാരി.....സമർപ്പിച്ച അപേക്ഷയും അനുബന്ധ രേഖകളും പരിശോധിക്കുകയും അപേക്ഷയിൻമേൽ ആവശ്യമായ അന്വേഷണം നടത്തുകയുണ്ടായി അവശതയനുഭവിക്കുന്ന ശ്രീ/ശ്രീമതി/കുമാരി.....ട്രിയാളുടെ(ബന്ധം) ആയ

ശ്രീ/ശ്രീമതി/കുമാരി.....യുടെ പൂർണ്ണ സംരക്ഷണയിലാണ് കഴിഞ്ഞുവരുന്നതെന്ന് എനിക്ക് അന്വേഷണത്തിൽ ബോധ്യപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്. ട്രിയാൾ ആശ്വാസകിരണം പദ്ധതിയുടെ മാനദണ്ഡങ്ങൾ അനുസരിച്ച് ആനുകൂല്യത്തിന് അർഹയാണ്. ട്രിയാൾക്ക് ധനസഹായം അനുവദിക്കുന്നതിന് ശുപാർശ ചെയ്തുകൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം: ഒപ്പ്
തീയതി: പേര്

.....ഐ.സി.ഡി.എസ്.പ്രോജക്ട്

NB:ICDS സുഷർവൈസർ മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റും മറ്റ് രേഖകളും പരിശോധിക്കുന്നതോടൊപ്പം അപേക്ഷകനെപ്പറ്റി നേരിട്ട് അന്വേഷിച്ചതിന് ശേഷം മാത്രം ശുപാർശ ചെയ്യുക.

ശിശു വികസന പദ്ധതി ഓഫീസറുടെ ശുപാർശ

അപേക്ഷയും അന്വേഷണ റിപ്പോർട്ടും പരിശോധിച്ചതിൽയാൾ ആശ്വാസകിരണം പദ്ധതി ആനുകൂല്യത്തിന് അർഹനാണ്/അർഹയാണെന്ന്/അർഹതയില്ല. ട്രിയാൾക്ക് ധനസഹായം അനുവദിക്കുന്നതിന് ശുപാർശ ചെയ്തുകൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം: ഒപ്പ്
തീയതി: പേര്
(ഓഫീസ് മുദ്ര)

(Designation Seal)

.....ഐ.സി.ഡി.എസ്.പ്രോജക്ട്
.....ജില്ല
ഓഫീസ് ഫോൺ നമ്പർ

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ റീജിയണൽ ഡയറക്ടറുടെ തീരുമാനം

ശ്രീ/ശ്രീമതി/കുമാരി..... എന്നയാൾക്ക് ആശ്വാസകിരണം പദ്ധതി പ്രകാരം.....മുതൽ.....രൂപാനിരക്കിൽ പ്രതിമാസ ധനസഹായം അനുവദിച്ചിരിക്കുന്നു.

റീജിയണൽ ഡയറക്ടർ

മാർഗ്ഗ നിർദ്ദേശങ്ങൾ

1. അപേക്ഷ പൂർണ്ണമായും പൂരിപ്പിച്ചിരിക്കണം. അപൂർണ്ണായ അപേക്ഷകൾ പരിഗണിക്കുന്നതല്ല.
2. സർക്കാർ, വയോമിത്രം, എൻ.ആർ.എച്ച്.എം.ഡോക്ടർമാർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഉള്ളടക്കം ചെയ്തിരിക്കണം. മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റിൽ ഓഫീസ് സീൽ പതിപ്പിച്ചിരിക്കണം, ഫോട്ടോയിൽ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ അറ്റസ്റ്റ് ചെയ്തിരിക്കണം.
3. വരുമാനം തെളിയിക്കാൻ ബി.പി.എൽ റേഷൻ കാർഡിന്റെ കോപ്പിയോ, പഞ്ചായത്ത്/മുനിസിപ്പാലിറ്റി/കോർപ്പറേഷൻ സെക്രട്ടറിയൽ നിന്നുള്ള ബി.പി.എൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് അല്ലെങ്കിൽ വില്ലേജ് ഓഫീസറിൽ നിന്നുള്ള വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഹാജരാക്കിയിരിക്കണം വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റിൽ കിടപ്പ് രോഗിയുടെ വരുമാനമാണ് പരിഗണിക്കുക.
4. അപേക്ഷകന്റെ ആധാർ കാർഡിന്റെ കോപ്പി അല്ലെങ്കിൽ ആധാർ രജിസ്ട്രേഷൻ സ്റ്റിപ്പിന്റെ കോപ്പി ഉള്ളടക്കം ചെയ്തിരിക്കണം.
5. അപേക്ഷകൾ ബന്ധപ്പെട്ട ശിശുവികസന പദ്ധതി ഓഫീസിൽ സമർപ്പിക്കേണ്ടതും കൈപ്പറ്റ് രസീത് വാങ്ങി സൂക്ഷിക്കേണ്ടതുമാണ്.
6. എല്ലാ വർഷവും ജൂൺമാസം ഓരോ ഐ.സി.ഡി.എസ്. ബ്ലോക്കിലേയും ഗുണഭോക്താക്കളുടെ ലിസ്റ്റ് പ്രകാരമുള്ള ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ശിശുവികസന പദ്ധതി ആഫീസർമാർ കെ.എസ്.എസ്.എം. എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർക്ക് നൽകേണ്ടതാണ്.
7. എല്ലാമാസത്തേ അംഗൻവാടിവർക്കാർമാരുടെ പ്രോജക്ട് മീറ്റിംഗിൽ ആശ്വാസകിരണം പദ്ധതി അവലോകനം ഉൾപ്പെടുത്തേണ്ടതും ഗുണഭോക്താക്കളിൽ മരണപ്പെട്ടവരുടെ ലിസ്റ്റ് അംഗൻവാടി വർക്കാരിൽ നിന്നും നിശ്ചിത മാതൃകയിൽ ശേഖരിച്ചത് 15-ാം തീയതിക്ക് മുമ്പ് ശിശുവികസന പദ്ധതി ഓഫീസർ കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർക്ക് അയ്ക്കേണ്ടതാണ്.
8. പരിചരകനോ, പരിചരിക്കപ്പെടുന്ന വ്യക്തിയോ മരണപ്പെട്ടാൽ വിവരം 15 ദിവസത്തിനുള്ളിൽ ശിശുവികസന പദ്ധതി ഓഫീസറെ അറിയിക്കേണ്ടതാണ്.
9. മാർഗ്ഗ നിർദ്ദേശങ്ങളും കൈപ്പറ്റ് രസീതും അപേക്ഷകൻ സൂക്ഷിക്കേണ്ടതാണ്.
10. പഴയ മാതൃകയിലുള്ള അപേക്ഷ ഫോറങ്ങളും അപേക്ഷകൾ പരിഗണിക്കുന്നില്ല.

കൈപ്പറ്റ് രസീത്

ആശ്വാസകിരണം പദ്ധതി പ്രകാരമുള്ള ധനസഹായത്തിന് വേണ്ടി ശ്രീ/ശ്രീമതി.....തീയതി സമർപ്പിച്ച അപേക്ഷ ഈ കാര്യാലയത്തിൽ കൈപ്പറ്റിയിരിക്കുന്നു.

ശിശുവികസന പദ്ധതി ഓഫീസറുടെ പേരും ഒപ്പും തീയതിയും

ആശ്വാസകിരണം പദ്ധതി

മരണ വിവരം റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുന്ന ഫോറം

ആശ്വാസകിരണം രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ

ആശ്വാസ	കിരണം	പദ്ധതി	ഗുണഭോക്താവായ	ശ്രീ/ശ്രീമതി	(പേരും
അഡ്രസ്സും).....എന്ന					

വ്യക്തി/പരിചരിക്കപ്പെട്ടതായി അറിയിക്കുന്നു. ആയതിനാൽ ശ്രീ/ശ്രീമതി.....എന്ന വ്യക്തിയ്ക്കുള്ള ധനസഹായം തുടരേണ്ടതില്ല എന്ന് അറിയിക്കുന്നു.

ശിശു വികസന പദ്ധതി ഓഫീസറുടെ പേരും ഒപ്പും തീയതിയും