

5. ടെലഫോൺ നമ്പറുകൾ

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

2. മൊബൈൽ ഫോൺ :

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

7. രോഗിക്ക് ശ്രവണവൈകല്യം ഉള്ളതായി കണ്ടുപിടിച്ചത് ഏത് പ്രായത്തിലാണ് : വയസ്..... മാസം

8. കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റ് ചെയ്ത പ്രായം :

9. ഏതു കമ്പനിയുടെ കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റ് ആണ് ഉപയോഗിക്കുന്നത് , മോഡലിന്റെ പേര്

10. കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തിയ :
ആശുപത്രിയുടെ പേര് :
ഡോക്ടറുടെ പേര് :
ഫോൺ നം. :
ഇംപ്ലാന്റ് ചെയ്ത തീയതി :
(സർജറി ചെയ്ത ആശുപത്രിയിൽ നിന്നുള്ള റിപ്പോർട്ട് ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്.)

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 ധനി പദ്ധതിയുടെ ധനസഹായം ലഭ്യമാക്കുന്നതിനുവേണ്ടി അപേക്ഷ സമർപ്പിച്ചിട്ടുള്ള ശ്രീ/ശ്രീമതിയുടെ കുടുംബവാർഷിക വരുമാനം രൂപയാണെന്ന് ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

തീയതി

വില്ലേജ് ഓഫീസ് മുദ്ര

വില്ലേജ് ഓഫീസറുടെ/
തഹസീൽദാറുടെ പേരും ഒപ്പും

അനുബന്ധം - 2

(Appendix - 2)

ഓഡിയോളജിസ്റ്റ് ആന്റ് സ്പീച്ച് ലാംഗ്വേജ് പാത്തോളജിസ്റ്റ് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി നൽകേണ്ടത്

I here by certify that the model of the speech processor used by the patient has been stopped by the manufacture and he needs upgraded version.

Date: (Office Seal) Name and signature of the Audiologist and Speech –Language Pathologist:
Place: RCI Reg. No.
Name of the hospital / centre:

അനുബന്ധം - 3

(Appendix - 3)

ഇ.എൻ.റ്റി സർജൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി നൽകേണ്ടത്

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 undergone Cochlear Implantation Surgery on through Hospital. The Speech Processor used by the patient has been stopped by the manufacture and he/she has been advised to upgrade the speech processor.

Date: (Office Seal) Name of the ENT Surgeon:
Place: MCI Reg. No.
Name of the hospital / centre:

