

സാമൂഹ്യ നീതി വകുപ്പ്

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ

സമാശ്വാസം പദ്ധതി II

വ്യക്ത/കരൾ മാറ്റി വയ്ക്കൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു വിധേയരായ രോഗികൾക്ക് ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷാ ഫോറം

1. അപേക്ഷകന്റെ പേര് :
2. മേൽവിലാസം :
  - വീട്ടുപേര്
  - 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 ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടറുടെ പേര്
  - (ഇ) ഇപ്പോൾ ചികിത്സിക്കുന്ന ആശുപത്രിയുടെ പേര്
8. നിലവിൽ സമാശ്വാസം പദ്ധതിയുടെ ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്നുണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ എന്തു മുതൽ :
9. രോഗിയുടെ പേരിൽ നാഷണലൈസ്ഡ് ബാങ്കിൽ ആരംഭിച്ചിട്ടുള്ള 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. വ്യക്ത/കരൾ മാറ്റി വയ്ക്കൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു ശേഷം ബന്ധപ്പെട്ട ആശുപത്രികൾ നൽകുന്ന ഡിസ്ചാർജ്ജ് ഷീറ്റിന്റെ ഗസറ്റഡ് ആഫീസർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ് ഉള്ളടക്കം ചെയ്യേണ്ടതാണ്. :

സത്യപ്രസ്താവന

മേൽപറഞ്ഞ കാര്യങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും സത്യമാണെന്നും ഞാൻ വ്യക്ത/കരൾ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയനായ രോഗിയാണെന്നും ഇപ്പോഴും തുടർ ചികിത്സയിലാണെന്നും ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

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. ടിയാൻ/ടിയാൾക്ക് നിലവിലെ സ്പെഷ്യൽ സമാശ്വാസം പദ്ധതി മാനദണ്ഡ പ്രകാരമുള്ള ധനസഹായത്തിന് അർഹതയുള്ളതിനാൽ പ്രസ്തുത ധനസഹായത്തിന് ശുപാർശ ചെയ്തു കൊള്ളുന്നു/ ടിയാൻ/ടിയാൾക്ക് ടി ധനസഹായത്തിന് അർഹതയില്ലയെന്നും റിപ്പോർട്ട് ചെയ്തുകൊള്ളുന്നു.

ഒപ്പ് :

പേര് :

ആഫീസ് മുദ്ര

..... ഐ.സി.ഡി.എസ്. പ്രോജക്ട്

..... ജില്ല

ആഫീസ് ഫോൺ നമ്പർ .....

സ്ഥലം :

തീയതി :

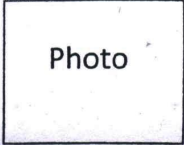
**കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ റീജിയണൽ ഡയറക്ടറുടെ തീരുമാനം**

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

തീയതി :

റീജിയണൽ ഡയറക്ടർ

(അപേക്ഷകർ ഈ പേജിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാൻറ് എടുത്ത് സൂക്ഷിക്കുക.)



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 :

Signature :

Date :

Name:

Reg. No:

Seal.

Name of Hospital & Designation:.

(ആദ്യ അപേക്ഷകർക്ക് ശേഷം ഓരോ ആറ് മാസത്തിലും പുതിപ്പിച്ച് 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 :

Signature :

Date :

Name:

Designation:

Reg. No:

Seal.

Name of Hospital :

(അപേക്ഷകർ ഈ പേജിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് എടുത്ത് സൂക്ഷിക്കുക)

**മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ**

1. അപേക്ഷകൻ വൃക്ക/കരൾ മാറ്റി വയ്ക്കൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയമായി തുടർ ചികിത്സയിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്നയാളായിരിക്കണം. ശസ്ത്രക്രിയ കഴിഞ്ഞ് തുടർ ചികിത്സയിൽ ഏർപ്പെടുന്നവർക്ക് പരമാവധി 5 വർഷകാലമാണ് ധനസഹായത്തിനർഹതയുണ്ടായിരിക്കുക.
2. അപേക്ഷാ ഫാറത്തിനോടൊപ്പമുള്ള മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ നിശ്ചിത ഫോറത്തിൽ സർക്കാർ/സ്വകാര്യ ആശുപത്രിയിലെ വൃക്ക/കരൾരോഗ വിദഗ്ദ്ധനിൽ നിന്നും സർട്ടിഫിക്കറ്റ് വാങ്ങി അപേക്ഷയോടൊപ്പം ചേർക്കേണ്ടതാണ്.
3. അപേക്ഷകന്റെ ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റും തുടർചികിത്സാ സർട്ടിഫിക്കറ്റും സർക്കാർ/സ്വകാര്യ ആശുപത്രിയിലെ വൃക്കരോഗ വിദഗ്ദ്ധനിൽ 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 വിശദാംശമുള്ള പേജിന്റെ കോപ്പി അപേക്ഷയോടൊപ്പം ചേർക്കേണ്ടതാണ്.
5. അപേക്ഷയിൽ ആവശ്യമായ മുഴുവൻ വിശദാംശങ്ങളും ചേർത്ത് ശിശുവികസന പദ്ധതി ആഫീസർക്ക് സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
6. ബന്ധപ്പെട്ട സി.ഡി.പി.ഒ മാർ അപേക്ഷയിൽ ഡോക്ടറുടെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്, ഡിസ്ചാർജ്ജ് 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.

**വിലാസം :**

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