

രജിസ്റ്റർ നം :

സാമൂഹ്യ നീതി വകുപ്പ്
കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ

സമാശ്വാസം പദ്ധതി III

ഹീമോഫീലിയ രോഗികൾക്ക് ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷ ഫോറം

- 1. അപേക്ഷകന്റെ പേര് :
- 2. മേൽവിലാസം :
വീട്ട് പേര്
വാർഡ് നമ്പർ
പഞ്ചായത്ത്/മുൻസിപ്പാലിറ്റി/കോർപ്പറേഷൻ
പോസ്റ്റ് ഓഫീസ് (നിർബന്ധം)
ജില്ല, പിൻ നമ്പർ.
- 3. ഫോൺ നമ്പർ : ലാന്റ് ഫോൺ / മൊബൈൽ :
- 4. അപേക്ഷകന്റെ വയസും ജനനതീയതിയും :
- 5. സ്ത്രീയോ / പുരുഷനോ :
- 6. ഇപ്പോൾ ചികിത്സിക്കുന്ന കേന്ദ്രം :
- 7. ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ :
- 8. (എ) ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ :
(ബി) ബാങ്കിന്റെ പേര്
(സി) ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്
(ഡി) ഐ.എഫ്.എസി. കോഡ് നമ്പർ :
- (ഇ) ഐ.എഫ്. എസി. കോഡ് നമ്പർ :
(വീണ്ടും എഴുതുക)
- 9. ആധാർ നമ്പർ / ആധാർ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ :

സത്യപ്രസ്താവന

മേൽ പറഞ്ഞ കാര്യങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും ബോധ്യത്തിലും ശരിയും സത്യവുമാണെന്നും ഞാൻ ഹീമോഫീലിയ രോഗിയാണെന്നും ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം :
തീയതി :

അപേക്ഷകന്റെ പേരും ഒപ്പും

MEDICAL CERTIFICATE FOR HAEMOPHILIA PATIENTS

(To be certified by specialise doctor from the Department of Medicine / Paediatrics / Haematology, from a Government Medical College)



(To be signed by Medical Officer)

This is to certify that Mr / Ms /Master / Kumari S/o / D/o(Address)..... is suffering from Haemophilia/ Haemophilia related diseases due to deficiency of factor I hereby recommend Mr/Mrs/Master/Kumari..... for monthly financial assistance from Kerala Social Security Mission under Samashwasam III project.

Signature
Name
Designation
Register no:

Counter sign by Superintendent / Concerned HOD:

Office Seal

Place :
Date :

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ റീജിയണൽ ഡയറക്ടറുടെ തീരുമാനം

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

രജിസ്റ്റർ നമ്പർ :
തീയതി :

റിജിയണൽ ഡയറക്ടർ

(അപേക്ഷകർ ഈ പേജിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് എടുത്ത് സൂക്ഷിക്കുക)

MEDICAL CERTIFICATE AND LIFE CERTIFICATE FOR HAEMOPHILIA PATIENTS

This is to certify that Mr / Ms /Master / Kumari S/o
/D/o.....(Adress).....
..... has undergone regular treatment
and he/she is alive on this day...../.....month of 20....and she requires further treatment
for.....month/year/lifelong.

Signature
Name
Designation
Register no:

Office Seal

Place :
Date :

മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ

1. അപേക്ഷകൻ ഹീമോഫീലിയ അല്ലെങ്കിൽ അതിന്റെ അനുബന്ധ രോഗബാധിതനായിരിക്കണം.
2. ഗവൺമെന്റ് മെഡിക്കൽ കോളേജിലെ മെഡിസിൻ/ പീഡിയാട്രിക്സ്/ ഹെമറ്റോളജി ഡിപ്പാർട്ട്മെന്റിന്റെ മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് നിശ്ചിത ഫോറത്തിൽ അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഉള്ളടക്കം ചെയ്യേണ്ടതാണ്.
3. അപേക്ഷകന്റെ പേരിൽ ആരംഭിച്ച ബാങ്ക് പാസ്ബുക്കിന്റെ ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ, ബാങ്കിന്റെ പേര്, ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്, IFSC കോഡ് നമ്പർ എന്നിവയടങ്ങിയ പേജിന്റെ പകർപ്പ് അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്. അപേക്ഷകൻ പ്രായപൂർത്തിയാവാത്ത ആളാണെങ്കിൽ കുട്ടിയുടെയും രക്ഷിതാവിന്റെയും പേരിൽ സംയുക്തമായി ആരംഭിച്ച ബാങ്ക് അക്കൗണ്ടിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്.
4. ചികിത്സിക്കുന്ന സർക്കാർ ആശുപത്രിയിൽ നിന്നും ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റ് എല്ലാ ജനുവരി മാസത്തിലും ജൂൺ മാസത്തിലും മിഷന്റെ തിരുവനന്തപുരം ആസ്ഥാന ഓഫീസിലേക്ക് നേരിട്ട് അയച്ചു തരേണ്ടതാണ്. വിലാസം ചുവടെ ചേർക്കുന്നു. ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ലഭിക്കുന്ന മുറയ്ക്ക് മാത്രമേ തുടർന്നുള്ള മാസങ്ങളിലെ ധനസഹായം അനുവദിക്കുകയുള്ളൂ.
5. അപേക്ഷകൾ സംബന്ധിച്ചുള്ള എല്ലാ കത്തിടപാടുകളിലും കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷ മിഷനിൽ നിന്നും അനുവദിക്കുന്ന രജിസ്റ്റർ നമ്പർ നിർബന്ധമായും ചേർക്കേണ്ടതാണ്.
6. ആധാർ കാർഡ് ലഭിച്ചവർ ആയതിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് ഉള്ളടക്കം ചെയ്യണം. അല്ലാത്തവർ ആധാർ രജിസ്ട്രേഷൻ സ്ലിപ്പിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് കോപ്പി ഉള്ളടക്കം ചെയ്യേണ്ടതാണ്.
7. ആധാർ കാർഡ് ലഭിക്കാത്തവർ ഫോട്ടോ പതിച്ച ഏതെങ്കിലും അംഗീകൃത തിരിച്ചറിയൽ രേഖയുടെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് കോപ്പി ഉള്ളടക്കം ചെയ്യേണ്ടതാണ്.

വിലാസം :

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