

Appendix I
Kerala Social Security Mission
Application for Spare & Accessories Cochlear Implant
PART A (അപേക്ഷകൻ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടത്)

തീയതി :

- അപേക്ഷകയുടെ പേര് :
- രക്ഷകർത്താവിന്റെ പേര് :
- വയസ്സ്/ലിംഗം :
(ജനന സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ കോപ്പി ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്)
- മേൽവിലാസം :
- പഞ്ചായത്ത്/മുനിസിപ്പാലിറ്റി/കോർപ്പറേഷൻ :
- പോസ്റ്റ് ഓഫീസ് :
- പിൻകോഡ് :
- ജില്ല :
- ഫോൺ (1) :
- ഫോൺ (2) :
- ആധാർ നം :
(കാർഡിന്റെ പകർപ്പ് ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്)
- ഇംപ്ലാന്റേഷൻ നടത്തിയ ഫണ്ടിന്റെ വിശദാംശം : ഗവ/പ്രൈവറ്റ് /ശ്രുതിതരംഗം
പദ്ധതി/ ADIP/ESI/ സ്പോൺസർഷിപ്പ്/
സ്വന്തം തുക/മറ്റുള്ളവ എങ്കിൽ
(ഏതെന്ന് വ്യക്തമാക്കുക)
- വരുമാനം : എ.പി.എൽ/ബി.പി.എൽ
- വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഉള്ളടക്കം ചെയ്യേണ്ടതാണ്

അപേക്ഷകന്റെ പേരും

ഒപ്പും

PART B (To be filled by Empanelled Surgeon & Audiologist)

- Name & Place of surgical centre :
- Date of Surgery :
- Company & Model of Internal Implant :
- Date of switch – on :
- Model of Speech Processor :

Required list of spares & accessories:

SL No.	Name of item	Item Code.	Rate (Inclusive of all tax)	Quantity	Total (Inclusive of all tax)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
Grand Total					

*Strike out the columns if not filled

It is verified that the above specified defective spare/ accessories are not covered under the regular /extended warranty and hence to procure new items.

Name & signature of the Audiologist with seal:

Name of the hospital/centre:

Name & signature of the Surgeon with seal :

Name of the hospital/centre

അപേക്ഷകന്റെ പ്രസ്താവന

ഞാൻ (പേര്) മേൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള കാര്യങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും ശരിയും സത്യവുമാണെന്ന് ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ വാങ്ങി നൽകുന്ന അനുബന്ധ ഉപകരണങ്ങളുടെ മുന്നോട്ടുള്ള മെയിന്റനൻസ് ഞങ്ങൾ തന്നെ വഹിക്കുമെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ/ എൽ.എസ്.ജി.ഡി എന്നിവ ആയത് വാങ്ങി നൽകുന്നതിനായി നേതൃത്വപരമായ പങ്ക് വഹിക്കുക മാത്രമാണ് ചെയ്യുന്നതെന്ന് മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി കൊള്ളുന്നു.

രോഗിയുടെ രക്ഷകർത്താവിന്റെ

സ്ഥലം :

പേരും.

തീയതി :

ഒപ്പും.

പഞ്ചായത്ത്/കോർപ്പറേഷൻ/മുനിസിപ്പാലിറ്റി സെക്രട്ടറിയുടെ പ്രസ്താവന

..... എന്ന വ്യക്തിയുടെ അപേക്ഷ പരിശോധിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഈ വ്യക്തി ഈ പഞ്ചായത്തിലെ താമസക്കാരനാണെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. ഈ വ്യക്തിയുടെ ചികിത്സയ്ക്കായി രൂപ ഈ പഞ്ചായത്തിൽ നിന്നും വർഷം എന്ന തീയതിയിലെ എന്ന UTR Number പ്രകാരം കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ നൽകിയിട്ടുണ്ടെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

സ്ഥലം :

സെക്രട്ടറിയുടെ പേരും :

തീയതി :

ഒപ്പും :

ഓഫീസ് മുദ്ര