

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ
സോഷ്യൽ വെൽഫെയർ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂഷൻ കോർപ്പറേഷൻ
പുജപ്പുര, തിരുവനന്തപുരം-12

ധാനി പദ്ധതി

കോക്രീയാർ സ്പീച്ച് പ്രോസസർ അപ്ഗ്രേഡ് ചെയ്ത്
നൽകുന്നതിനുള്ള അപേക്ഷ

ക്രമനമ്പർ

രോഗിയുടെ പാസ്
പോർട്ട് വലിപ്പത്തി
ലുള്ള ഫോട്ടോ
(ഇ.എൻ.റ്റിസർജൻ
അറ്റസ്റ്റ് ചെയ്തത്)

അപേക്ഷാഫാറം

1. അപ്ഗ്രേഡേഷൻ ആവശ്യമുള്ള രോഗിയുടെ പേര് :
2. വയസും ജനനത്തീയതിയും :
- (ജനനസർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ പകർപ്പ് ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്)
3. ലിംഗം : ആൺകുട്ടി / പെൺകുട്ടി
4. രോഗിയുടെ രക്ഷകർത്താവിന്റെ വിവരങ്ങൾ
- പേര് :
- വീട്ടുപേര് :
- പോസ്റ്റ് ഓഫീസ് :
- വാർഡ് :
- പഞ്ചായത്ത് / മുനിസിപ്പാലിറ്റി :
- കോർപ്പറേഷൻ :
- താലൂക്ക് :
- ജില്ല :
- പിൻകോഡ് :

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
Place:		and Speech –Language Pathologist:
		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:

