

സാമൂഹ്യ നീതി വകുപ്പ്

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ
സമാശ്വാസം പദ്ധതി

ഡയാലിസിസ് രോഗികൾക്ക് ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷാ ഫോറം
(ബി.പി.എൽ വിഭാഗത്തിൽപ്പെടുന്ന സ്ഥിരം ഡയാലിസിസ് ചെയ്യുന്നവർ മാത്രം അപേക്ഷിക്കുക)

- 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. രോഗി ബി.പി.എൽ കുടുംബാംഗമാണോ :
(തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ സ്ഥാപനത്തിൽ നിന്നുള്ള ബി.പി.എൽ സാക്ഷ്യപത്രം/ഗസറ്റഡ് ആഫീസർ അറ്റസ്റ്റ് ചെയ്ത ബി.പി.എൽ രേഷൻകാർഡ് എന്നിവ ഹാജരാക്കുക)
- 7. ഇപ്പോൾ ഡയാലിസിസ് ചെയ്യുന്ന കേന്ദ്രം (എ). ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ :
:
- 8. ഡയാലിസിസ് ആരംഭിച്ച തീയതി (എ). മാസത്തിൽ എത്ര തവണ ഡയാലിസിസ് ചെയ്യേണ്ടി വരുന്നു :
:
- 9. (എ). ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ :
(പാസ്ബുക്കിന്റെ ആദ്യത്തെ പേജിന്റെ പകർപ്പ്)
(ബി) ബാങ്കിന്റെ പേര് :
(സി) ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര് :
(ഡി). ഐ.എഫ്.എസ്. കോഡ് നമ്പർ :
- 10. ആധാർ നമ്പർ/ ആധാർ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ :

സത്യപ്രസ്താവന

മേൽപറഞ്ഞ കാര്യങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും ബോധത്തിലും സത്യമാണെന്നും ഞാൻ ഡയാലിസിസിന് വിധേയമായി കഴിയുന്ന രോഗിയാണെന്നും ഇതിനാൽ ബോധ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം :
തീയതി:

അപേക്ഷകന്റെ പേരും ഒപ്പും.

ശിശുവികസന പദ്ധതി ആഫീസറുടെ അന്വേഷണ റിപ്പോർട്ട്

ശ്രീ/ ശ്രീമതി/ കുമാരി സമർപ്പിച്ച അപേക്ഷയും അനുബന്ധ രേഖകളും പരിശോധിക്കുകയും അപേക്ഷയിന്മേൽ ആവശ്യമായ അന്വേഷണം നടത്തുകയും ഉണ്ടായി. ടിയാൻ/ ടിയാൾ മാസത്തിൽ തവണ ഡയാലിസിസിന് വിധേയമായി വരുന്നതായി അന്വേഷണത്തിൽ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്. ബി.പി.എൽ കുടുംബാംഗമായ ടിയാൻ/ ടിയാൾക്ക് നിലവിലെ പദ്ധതി മാനദണ്ഡ പ്രകാരം ധനസഹായത്തിന് അർഹതയുള്ളതിനാൽ പ്രസ്തുത ധനസഹായത്തിന് ശുപാർശ ചെയ്തു കൊള്ളുന്നു.

ഒപ്പ് :

പേര് :

ആഫീസ് മുദ്ര

..... ഐ.സി.ഡി.എസ്. പ്രോജക്ട്
..... ജില്ല
ആഫീസ് ഫോൺ നമ്പർ

സ്ഥലം :

തീയതി :

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടറുടെ തീരുമാനം

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

രജിസ്റ്റർ നമ്പർ :

തീയതി :

എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ

മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ

1. അപേക്ഷകൻ മാസത്തിലൊരിക്കലെങ്കിലും സ്ഥിരമായി ഡയാലിസിസിന് വിധേയരാകുന്ന ബി.പി.എൽ കൂടുംബാംഗമായിരിക്കണം.
2. അപേക്ഷാ ഫാറത്തിനോടൊപ്പമുള്ള മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ നിശ്ചിത ഫോറത്തിൽ സർക്കാർ/ സ്വകാര്യ ആശുപത്രിയിലെ വൃക്കരോഗ 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 നാഷണലൈസ്ഡ് ബാങ്കിൽ ആരംഭിക്കുന്ന ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ, ബാങ്കിന്റെ പേര്, ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്, IFS കോഡ് നമ്പർ എന്നിവ അപേക്ഷയിൽ നിർബന്ധമായും രേഖപ്പെടുത്തണം.
5. അപേക്ഷകൻ ഡയാലിസിസ് ആരംഭിച്ച തീയതി തെളിയിക്കുന്നതിനായി ഡയാലിസിസ് രേഖപ്പെടുത്തുന്ന ബുക്കിന്റെ പകർപ്പ് മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
6. അപേക്ഷയിൽ ആവശ്യമായ മുഴുവൻ വിശദാംശങ്ങളും ചേർത്ത് ശിശുവികസന പദ്ധതി ഓഫീസർക്ക് സമർപ്പിക്കണം.
7. മാസത്തിൽ ഒരു പ്രാവശ്യമെങ്കിലും ഡയാലിസിസിന് വിധേയരാകുന്നവർക്ക് മാത്രമേ ധനസഹായത്തിന് അർഹതയുണ്ടായിരിക്കുകയുള്ളൂ.
8. ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റും തുടർ ചികിത്സാ സർട്ടിഫിക്കറ്റും മിഷന്റെ തിരുവനന്തപുരം ആസ്ഥാന ഓഫീസിലേക്ക് നേരിട്ട് അയച്ചു തരേണ്ടതാണ്. വിലാസം ചുവടെ ചേർക്കുന്നു.
9. അപേക്ഷകൾ സംബന്ധിച്ചുള്ള എല്ലാ കത്തിടപാടുകളിലും രജിസ്റ്റർ നമ്പർ നിർബന്ധമായും ചേർക്കേണ്ടതാണ്.
10. ആധാർ കാർഡ് ലഭിച്ചവർ ആയതിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് അടക്കം ചെയ്യണം.

വിലാസം :

എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ,
 കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ,
 രണ്ടാംനില, വയോജന പകൽ പരിപാലന കേന്ദ്രം,
 പൂജപ്പുര, തിരുവനന്തപുരം - 695012

Acknowledgement Form

രജിസ്റ്റർ നം.

സ്റ്റാമ്പ്

(അപേക്ഷകൻ ഒട്ടിക്കേണ്ടത്)

സമാശ്വാസം പദ്ധതി ധനസഹായത്തിന് വേണ്ടി താങ്കൾ സമർപ്പിച്ച അപേക്ഷ പരിശോധിച്ചതിൽ തീയതി മുതൽ ആനുകൂല്യത്തിന് അർഹനാണെന്നറിയിക്കുന്നു. മേലിൽ ഈ ആഹീസുമായി ബന്ധപ്പെടുമ്പോൾ മുകളിൽ രേഖപ്പെടുത്തിയിരിക്കുന്ന രജിസ്റ്റർ നമ്പർ നിർബന്ധമായും രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്.

സമാശ്വാസം പദ്ധതി ധനസഹായത്തിന് വേണ്ടി താങ്കൾ സമർപ്പിച്ച അപേക്ഷ പരിശോധിച്ചതിൽ നിലവിലെ പദ്ധതി മാനദണ്ഡ പ്രകാരംകാരണത്താൽ താങ്കൾക്ക് ധനസഹായത്തിനർഹത കാണുന്നില്ല. അതിനാൽ താങ്കളുടെ അപേക്ഷ നിരസിച്ചതായി അറിയിക്കുന്നു.

എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ,
കെ.എസ്.എസ്.എം

അപേക്ഷകന്റെ പേരും പൂർണ്ണമായ മേൽ വിലാസവും
(അപേക്ഷകൻ രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടത്)

(അപേക്ഷകർ ഈ പേജിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാർറ്റ് എടുത്ത് സൂക്ഷിക്കുക)



Medical Certificate

Certified that (Name and Address of Patient).....

.....

is undergoing regular dialysis for (Specify Diagnosis).....

.....

Frequency of Dialysis per month is around

And he / she requires regular dialysis for.....month / years/ lifelong.

Place :

Signature :

Date :

Name:

Reg. No:

Seal.

Name of Hospital & Designatio:.

ആദ്യ അപേക്ഷകർക്ക് ശേഷം ഓരോ ആറ് മാസത്തിലും പുരിപ്പിച്ച് നൽകേണ്ടത്.

Register No	
-------------	--

Medical Certificate and Life Certificate

Certified that (Name and Address of the Patient).....

.....

is undergoing regular dialysis and he / she is alive on this day /month of 20.....

and he/ she requires further regular dialysis for month / year.

He undergone Renal Transplantation on (date, month and year) .

Place :

Signature :

Date :

Name:

Designation:

Reg. No:

Seal.

Name of Hospital :