

'മന്ദഹാസം'

ബി.പി.എൽ വിഭാഗത്തിൽപ്പെട്ട മുതിർന്ന പൗരൻമാർക്ക് കൃത്രിമ ദന്തനിര സൗജന്യമായി

വെയ്ക്കുന്നതിനുള്ള പദ്ധതി

അപേക്ഷാ ഫാറം

[സ.ഉ.(സാധാ) നം. 546/2016/സാ.നി.വ തീയതി 23/11/2016]

അപേക്ഷകന്റെ പേര് :

പഞ്ചായത്ത്/മുൻസിപ്പാലിറ്റി/
നഗരസഭയുടെ പേര് :

വാർഡ് നമ്പരും പേരും
പൂർണ്ണമായ മേൽവിലാസം :
(പിൻ കോഡ്, ഫോൺ നമ്പർ
ഉൾപ്പെടെ)

വയസ്സ് :

തൊഴിൽ :

വാർഷിക വരുമാനം :

ഒപ്പ്

(അപേക്ഷകൻ)

എൻക്വയറി സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

അപേക്ഷയും അനുബന്ധ രേഖകളും പരിശോധിച്ചതിൽ
(പേര്) ന്റെ അപേക്ഷ 'മന്ദഹാസം പദ്ധതി' മാനദണ്ഡം അനുസരിച്ച്
ക്രമപ്രകാരമാണെന്നു ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

ഒപ്പ്

(ജില്ലാ സാമൂഹ്യനീതി ഓഫീസർ)

ശുപാർശ

'മന്ദഹാസം പദ്ധതി' പദ്ധതി പ്രകാരം (അപേക്ഷകന്റെ
പേര്) നൽകിയ അപേക്ഷ 'മന്ദഹാസം പദ്ധതി' യിൽ ഉൾപ്പെടുത്തി ക്രിത്രിമ
പല്ലുകൾ മാറ്റി വെയ്ക്കുന്നതിനു അർഹനാണെന്ന് ശുപാർശ ചെയ്യുന്നു.

ഒപ്പ്
DMO

ഒപ്പ്
DSJO

ഒപ്പ്
Dentist

Dh/-

Fitness Certificate of Oral Rehabilitation by providing Full Dentures
(Mandhahasam Project)

Name of Patient :
Age : Sex Male/ Female
Address with Mobile No. :

Diagnosis of Dental Condition :

Condition of the Ridge :

Investigation findings :
(enclose details)

Dental Intervention /Procedures Suggested :
(in details)

Details of Co-morbidity :

Whether diagnosed case of Diabetes : Yes / No

If 'Yes' whether on treatment : Yes/ No
(details to be enclosed)

Whether diagnosed case of HTN : Yes/ No

If 'Yes' whether on treatment : Yes/ No
(details to be enclosed)

Details of any other Co-morbidities, :
allergies or other systemic condition
(details to be enclosed)

Any contra indication of major surgery :

Place:

Date:

**Name, Designation and Signature of
Dental Surgeon**

(Office Seal)

