



**முள்ளந்தண்டு வடம் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கான மருத்துவ உதவிக்
கொடுப்பனவினைப் பெற்றுக் கொள்வதற்கான விண்ணப்பப்படிவம்
மாகாண சமூக சேவைகள் திணைக்களம் - வடமாகாணம்.**



மாவட்டம்:

கிராம அலுவலர் பிரிவு:

பிரதேச செயலாளர்பிரிவு:.....

கிராம அலுவலர் இலக்கம்:.....

பாதிப்பு	பொருத்தமான கூட்டில் (X) எனக் குறியிடுக	பாதிப்பு ஏற்பட்ட கரலம்	பாதிப்புக்கான காரணம்
கழுத்துக்கு கீழ் முற்றாக இயங்காதவர்			
இடுப்புக்கு கீழ் முற்றாக இயங்காதவர்			

(அண்மையில் எடுக்கப்பட்ட விண்ணப்பதாரியின் முழுமையான புகைப்படம், 4"X6" (10X15cm) அளவானது விண்ணப்பத்துடன் இணைக்கப்பட வேண்டும்.)

கொடுப்பனவு கோரப்படும் பயனாளி தொடர்பான விபரங்கள்

01. விண்ணப்பதாரியின் முழுப் பெயர்:

02. விண்ணப்பதாரியின் முகவரி:

03. பதிலாளரின் முழுப்பெயர்:

04. பதிலாளரின் உறவுமுறை:

05. பதிலாளரின் தே.அ.அ.இல:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

06. விண்ணப்பதாரியின் பிறந்த திகதி:

ஆண்டு				மாதம்		திகதி	

07. பால்

ஆண்		பெண்	
-----	--	------	--

08. மாற்றாற்றல் நலனோம்பு புத்தக இல:

09. குடியியல் நிலை

திருமணமானவர்		தனித்தவர்		விவாகரத்துப் பெற்றவர்	
--------------	--	-----------	--	-----------------------	--

10. மாதாந்த வருமானம் :

11. மத்திய அராசாங்கத்தினால் வழங்கப்படும் விசேடதேவை உடையோருக்கான கொடுப்பனவினை பெறுகின்றாரா: ஆமெனின் பெறப்படும் தொகை:

12. விண்ணப்பதாரியின் தேசிய அடையாள அட்டை இல:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

13. மருத்துவம் மேற்கொள்ளும் வைத்தியசாலையின் பெயர் மற்றும் பிரதேசம்

14. அவ் வைத்திய நிலையம் அமைந்துள்ள மாவட்டம்:.....

சிறுபிள்ளையாயின் பெற்றோர்/ பாதுகாவலர் தொடர்பான விபரங்கள்

15. பெற்றோர்/ பாதுகாவலரின் முழுப்பெயர்:
16. பெற்றோர்/ பாதுகாவலரின் விலாசம்:.....
-
17. பெற்றோர்/ பாதுகாவலரின் தொழில்:
18. பெற்றோர்/ பாதுகாவலரின் மாதாந்த வருமானம்:.....
19. பாதுகாவலருக்கும் பயனாளிக்குமான உறவுமுறை:

மேலே கூறப்பட்ட விடயங்கள் அனைத்தும் எனது அறிவிற்கு எட்டியவரை உண்மை என்று இத்தால் உறுதிப்படுத்துகின்றேன். மேலும் என்னால் மேலே தரப்பட்ட விபரங்களில் ஏதேனும் பொய்யான விடயங்கள் உள்ளடக்கப்பட்டிருப்பின் அவை கண்டுபிடிக்கப்படும் பட்சத்தில் இக் கொடுப்பனவினை திணைக்களத்திற்கு மீளச் செலுத்துவேன் என்றும் இத்தால் உறுதிமொழிகின்றேன்.

திகதி:.....

கையொப்பம்

கிராம சேவையாளரின் அறிக்கையும் சிபார்சும்

மேற்படி விண்ணப்பதாரியினை நான் தனிப்பட்ட முறையில் அறிவேன் என்றும், அவரால் மேலே கூறப்பட்ட விடயங்கள் அனைத்தையும் நான் நேரில் சென்று பார்வையிட்டு விசாரித்து அறிந்த வகையில் உண்மையென்பதையும் உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

திகதி:.....

கி.சே.உ கையொப்பமும்

அலுவலக முத்திரையும்

பிரிவு இல:

வைத்தியரின் சிபார்சு

(இச் சிபார்க் துறைசார்ந்த வைத்திய நிபுணரிடம் இருந்து பெறப்படல் வேண்டும். நிபுணர் இல்லாதவிடத்து ஆதார வைத்தியசாலையும் அதற்கு மேற்பட்ட தரத்தினையும் சார்ந்த வைத்தியசாலையின் பொறுப்பாளர்களிடம் இருந்து மருத்துவ அறிக்கை பெறப்படல் வேண்டும்.)

திரு/திருமதி/செல்வி ஆகிய நபரை பரிட்சித்ததன் பேரில் இவர் முள்ளந்தண்டு பாதிப்பினால் **கடுப்புக்க கீழ் முற்றாக / கழுத்துக்க கீழ் முற்றாக** இயங்காமல் உள்ளார் என்பதனை உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

திகதி

வைத்திய நிபுணர்/வைத்தியசாலை
பொறுப்பதிகாரி ஒப்பமும்
அலுவலக முத்திரையும்

சமூகசேவை உத்தியோகத்தரின் அறிக்கையும் சிபார்சும்.

மேற்குறிப்பிட்டுள்ள திரு/திருமதி/செல்வி.....
என்பவரை..... அன்று மு.ப/பி.ப..... மணியளவில் அவரது
..... பார்வையிட்டு குடும்ப அங்கத்தவர்களுடன்
உரையாடிய வகையில் மேற்படி நபருக்கு ரூபா. வழங்க சிபார்க் செய்வதன் இந்
நபர் சக்கரநாற்காலி பயன்படுத்துபவர்/படுக்கையில் உள்ள நபர் என்பதையும் உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

திகதி :

.....
ச.சே.உ கையொப்பமும்
அலுவலக முத்திரையும்

பிரதேச செயலாளர் சிபார்க்:

தனிப்பட்ட ரீதியில் பரிசீலித்து மேற்படி
விண்ணப்பத்தை சிபார்க் செய்கின்றேன்.

.....
பி.சே. கையொப்பமும்
அலுவலக முத்திரையும்

.....
திகதி

மாவட்ட சமூக சேவை உத்தியோகத்தரின் சிபார்க்

விண்ணப்பம் பரிசீலிக்கப்பட்டு சிபார்க்
செய்யப்படுகிறது.

.....
மா.ச.சே.உ. கையொப்பமும்
அலுவலக முத்திரையும்

.....
திகதி

பணிப்பாளரின் தீர்மானம்

விண்ணப்பம் பரிசீலிக்கப்பட்டு 20..... மாதம்தொடக்கம் தொகை ரூபா.....
வழங்க அனுமதி அளிக்கப்படுகிறது/ அனுமதிக்கப்படவில்லை.

திகதி:.....

.....
மாகாணப்பணிப்பாளரின்
கையொப்பமும்
அலுவலக முத்திரையும்

குறிப்புகள் :

1.
2.
3.
4.
5.