

மருத்துவ உதவித் தொகை பெற்றுக்கொள்வதற்கான விண்ணப்பப்படிவம்

மாவட்டம்

பிரதேச செயலக பிரிவு

கிராம உத்தியோகத்தர் பிரிவு அலுவலக இலக்கம்

01. விண்ணப்பதாரியின் முழுப்பெயர்
02. விண்ணப்பதாரியின் முகவரி
03. தொலைபேசி இலக்கம்
04. விண்ணப்பதாரியின் வயது பால் நிலை (ஆண் / பெண்) சிவில்
அந்தஸ்து (திருமணமானவர் / திருமணமாகாதவர்)
05. தொழில் மற்றும் மாதாந்த வருமானம்?
06. பாதுகாவலரின் பெயர், முகவரி, தொலைபேசி இல.
.....
07. குடும்பத்தின் மாதாந்த வருமானம்?
08.

தொடர் இல.	பெயர்	உறவு முறை	பிறந்த திகதி	வயது

09. விண்ணப்பதாரியின் பிள்ளைகள்/ நெருங்கிய உறவினர்கள் பற்றிய விபரம்

தொடர் இல.	பெயர்	உறவு முறை	பிறந்த திகதி	வயது

10. விண்ணப்பதாரியின் தொழில்..... மாதாந்த வருமானம்
11. விண்ணப்பதாரி சமுர்த்தி பயனாளியா? “ஆம்” எனில் அதன் பெறுமதி
12. தற்போது உதவித் தொகை ஏதும் கிடைக்கின்றதா?..... “ஆம்” எனில் பெறுமதி
.....
13. உதவித் தொகை பெற்றுக்கொள்ளக்கூடிய இலகுவான தபால் நிலையம்
.....

14. சுகயீனம் அல்லது அங்கவீனம் காரணமாக தங்களுக்கு தபால் நிலையத்திற்குச் செல்ல முடியாதெனில் உங்களுக்குப் பதிலாக அனுப்பும் பிரதிநிதியின் பெயர்
- முகவரி
- அடையாள அட்டை இலக்கம்
- கையொப்பம்

மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள விடயங்கள் சரியானவை என உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

.....
திகதி

.....
விண்ணப்பதாரியின் கையொப்பம்

கிராம உத்தியோகத்தரின் அறிக்கை

1. விண்ணப்பதாரியின் ஆரோக்கிய நிலைமை (உடல் ரீதியான இயலாமை காணப்படுமெனில் அதுபற்றி விசேடமாக குறிப்பிடவும்.)
.....
.....
2. விண்ணப்பதாரிக்கு தொழில் ஒன்றில் ஈடுபட முடியுமா?
“ஆம்” எனில், எப்படியான தொழில் என்பது பற்றிய விபரம்
.....
3. கிராம உத்தியோகத்தரினால் உறுதிப்படுத்தப்பட்ட விண்ணப்பதாரியின் குடும்பத்தின் மாதாந்த வருமானம்
4. பொது உதவித் தொகை வழங்குவதற்கு சிபாரிசு செய்வதற்கான காரணத்தினை தெளிவுபடுத்தவும்.
.....
.....
.....

பொது உதவித் தொகைக்கு சிபாரிசு செய்கின்றேன்./ செய்யவில்லை.

.....
திகதி

.....
கிராம உத்தியோகத்தரின் கையொப்பம்

சமூக சேவை உத்தியோகத்தரின் அறிக்கை

தனிப்பட்ட முறையில் என்னால் பரிட்சிக்கப்பட்டது./ பரிட்சிக்கப்படவில்லை. எனது அவதானிப்பு மற்றும் சிபாரிசு பின்வருமாறு

.....
.....
.....

பொது உதவித் தொகைக்கு சிபாரிசு செய்கின்றேன்./ செய்யவில்லை.

.....
திகதி

.....
சமூக சேவை உத்தியோகத்தரின் கையொப்பம்

அங்கீகரிக்கின்றேன்

.....ஆம் திகதி தொடக்கம் விண்ணப்பதாரிக்கு மாத்திரம் / விண்ணப்பதாரிக்கும் தங்கிவாழ்வோருக்கும் மாதமொன்றுக்கு கொடுப்பனவு வழங்க அங்கீகரிக்கின்றேன். அங்கீகரிக்கவில்லை.

.....
திகதி

.....
பிரதேச உதவிச் செயலாளர்/ உதவிப் பிரதேச செயலாளர்

MEDICAL CERTIFICATE

KIDNEY DISEASE ASSISTANCE

MINISTRY OF PRIMARY INDUSTRIES AND SOCIAL EMPOWERMENT

1. நோயாளியின் பெயர்
2. வயது
3. பால் நிலை
4. முகவரி
5. சிகிச்சை நிலையத்தின் முகவரி.....

வாட்டு இலக்கம்.....

சிகிச்சை நிலையத்தின் இலக்கம்.....

நான் சிறுநீரக நோயால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளேன் என்பதை இத்தால் வெளிப்படுத்துகின்றேன். நான் இதற்கு முன்னர் வேறு நிறுவனமொன்றிடம் சிறுநீரக உதவித் தொகை கோரவில்லை என்பதுடன், இறுதியாக மருத்துவச் சான்றிதழ் வழங்கும் உத்தியோகத்தரைத் தெரியப்படுத்தாமல் முன்னர் அவ்வாறு உதவித் தொகை கோரியிருந்திருப்பின் அல்லது தொடர்ச்சியாக சிகிச்சை நிலைய சிகிச்சைகளுக்கு சமூகமளிக்கவில்லை எனில், எனக்கு கிடைக்கின்ற உதவித்தொகை எவ்வித முன் அறிவித்தலுமின்றி நிறுத்தப்படும் என்பதையும், எக்காரணம் கொண்டும் அவ் உதவித்தொகை மீண்டும் எனக்கு கிடைக்காது என்பதையும் நன்கு அறிவேன்.

.....
நோயாளியின் கையொப்பம்

6. This is to Certify that Rev/Mr/Mrs/Miss..... of is Suffering Form Kidney Disease And is Taking Regular Treatment At This Institution As An Andoor/Outdoor Patient.

A. Egfr

B. Dialysing Patients

C. Dialysing Commenced on

7. I Recommended that He/She be given Assistance From Month

.....

Date

.....

Nerphrologist/Consultant

Consultant V.P/Medical Officer

Medical Officer(it clinic records indicate that nephrologist/consultant v.p has diagnosed him/her as a kindey patient and following treatment for more than 03 month