

2.10. மாற்றுத்திறனாளிகளுக்கு / வலது குறைந்தோருக்கு வாழ்வாதார உதவி வழங்குவதற்கான விண்ணப்பப்படிவம்

பகுதி A

மாவட்டம் ..... பிரதேச செயலகப் பிரிவு .....  
குறிப்பு இலக்கம் ..... கி.உ. பிரிவு .....

1. குடும்பம் பற்றிய விவரம்.....  
1.1. குடும்பத்திலுள்ள மாற்றுத்திறனினுடைய / வலது குறைந்த நபர்கள் பற்றிய தகவல்கள்.....

பெயர்	வீட்டுத் தலைவருடனான உறவு	பால்	குடியியல் நிலை (சிவில் அந்தஸ்து)	பிறந்த திகதி	தே.அ.அ. இலக்கம்	அங்கவீனத்தின் தன்மை

- 1.2. வாக்காளர் இடாப்பில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள ஏனைய குடும்ப அங்கத்தவர்கள் பற்றிய தகவல்கள்

பெயர்	வீட்டுத் தலைவருடனான உறவு	பால்	குடியியல் நிலை (சிவில் அந்தஸ்து)	பிறந்த திகதி	தே.அ.அ. இலக்கம்	அங்கவீனத்தின் தன்மை

2. வீட்டு முகவரி  
3. குடும்ப அங்கத்தவர்களின் வருமான நிலை

குடும்ப அங்கத்தவரின் பெயர்	வருமான நிலை	மாதாந்த வருமானம்
மொத்தம்		

## பகுதி B

மாற்றுத்திறனுடைய நபர் / வலது குறைந்த நபர் பற்றிய தகவல்கள்

1. முழப்பெயர்
2. அங்கவீனத்தின் தன்மை
3. அங்கவீன நிலைமை ஏற்பட்ட விதம்
  - I. பிறவியிலேயே
  - II. திடீர் விபத்து

ஏற்பட்ட காலம் (வருடங்கள்)

--	--	--	--

### III. வேறு (குறிப்பிடவும்)

4. தொழிற் பயிற்சி அல்லது கல்வி நிலை
5. விண்ணப்பதாரியின் கணக்கு இலக்கம் ..... வங்கிக் கிளை .....
6. விண்ணப்பதாரிக்கு கிடைத்துள்ள உதவி மற்றும் தற்போது கிடைக்கும் உதவி (அரசு மற்றும் அரசு சார்பற்ற அமைப்புகள் மூலமாக, பணமாகவும் பொருளாகவும் கிடைக்கின்ற உதவிகள்)

#### I. நிதி உதவி (ரூபாய்)

.....

திகதி

.....

விண்ணப்பதாரியின் கையொப்பம்

(விண்ணப்பதாரி கைவிரல் அடையாளம் இடுபவர் எனில், கிராம உத்தியோகத்தர்/ ச.சே.உ/ ச.அ.உ/ அ.உ முன்னிலையில் மேற்கொள்ளப்பட வேண்டும்)

## பகுதி C

### கிராம உத்தியோகத்தரின் சிபாரிசு

1. மாதாந்த குடும்ப வருமானம்.....
2. மாற்றுத்திறனுடைய / வலது குறைந்த நபர் ஏதேனும் வாழ்வாதார தொழில் ஒன்றில்..... ஈடுபடுகின்றாரா?.....
3. ஏதேனும் வாழ்வாதார தொழிலொன்றில் ஈடுபடுகின்றார் எனில், மாதாந்த வருமானம்.....

விண்ணப்பதாரி (மாதாந்த வருமானம் ரூ.6000/-க்கு குறைந்த) குறைந்த வருமானம் பெறுகின்ற நபர் என்பதால் / அல்ல என்பதால், உதவி வழங்க சிபாரிசு செய்கின்றேன்/ செய்யவில்லை.

.....

திகதி

.....

கையொப்பமும் உத்தியோகபூர்வ

முத்திரையும்

## பகுதி D

கவனத்திற்கு: இப்பிரிவு வைத்தியரால் மட்டுமே பூரணப்படுத்தப்பட வேண்டும்.

அரசு வைத்தியசாலை

1. நோயாளியின் பெயர்:
2. அங்கவீனத்தின் தன்மை
3. வைத்தியரின் சிபாரிசு

.....  
வைத்தியரின் கையொப்பமும் பதவி முத்திரையும்

## பகுதி E

சமூக சேவை உத்தியோகத்தர்/ சமூக அபிவிருத்தி உதவியாளர்/ அபிவிருத்தி உத்தியோகத்தரின் சிபாரிசு

- I. அங்கவீனம் ஏற்பட்டுள்ளமை சம்பந்தமான உண்மைத்தன்மை

- (I) முழுமையான பார்வையின்மை.....
- (II) முள்ளந்தண்டு பாதிப்பு.....
- (III) பக்கவாதம்.....
- (IV) முழுமையான செவிட்டுத்தன்மை மற்றும் ஊமை .....
- (V) கை அல்லது கால்களை இழந்தவர்.....
- (VI) ஓட்டிசம்.....
- (VII) மனவளர்ச்சி குன்றிய.....
- (VIII) பல்வேறு குறைபாடுகள்.....
- (IX) வலிப்பு நோய்.....

2. மாற்றுத்திறனுடைய நபர் உபகரணம் ஏதும் பயன்படுத்துகின்றாரா? .....

.....ஆம் திகதி நான் தனிப்பட்ட முறையில் ..... எனும் பெயருடைய நபரை பரிட்சித்தேன் / அவதானித்தேன். இந்நபர் ..... என்ற அங்கவீன நிலைமையில் / வலது குறைந்த நிலைமையில் காணப்படுகின்றார் எனவும், அவருக்கு வாழ்வாதார உதவி வழங்குவது பொருத்தமானது எனவும் சிபாரிசு செய்கின்றேன்/ செய்யவில்லை.

.....  
திகதி

.....  
கையொப்பம்

(ச.சே.உ/ ச.அ.உ/ ச.அ.உ பதவி முத்திரை)

**பிரதேச செயலாளரின் சிபாரிசு**

மேற்படி விண்ணப்பதாரியின் தகவல்களும், சமூக சேவை உத்தியோகத்தர்/ சமூக அபிவிருத்தி உதவியாளர்/ அபிவிருத்தி உத்தியோகத்தரின் அறிக்கையும் சரியானது என்பதால் திரு./ திருமதி./ செல்வி..... என்பவருக்கு .....ஆம் திகதியிலிருந்து உதவிக் கொடுப்பனவு வழங்க சிபாரிசு செய்கின்றேன்.

.....

திகதி

.....

பிரதேச செயலாளரின் கையொப்பமும்  
உத்தியோகபூர்வ பதவி முத்திரையும்