



காசநோயால் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கான மருத்துவ உதவிக் கொடுப்பனவினைப் பெற்றுக் கொள்வதற்கான விண்ணப்பப்படிவம்

மாகாண சமூக சேவைகள் திணைக்களம் - வடமாகாணம்.



மாவட்டம்:

கிராம அலுவலர் பிரிவு:

பிரதேச செயலாளர் பிரிவு:

கிராம அலுவலர் இலக்கம்:

பாதிப்புக் காலம்	
தொடக்கம்	வரை
மீளப் புதுப்பித்த காலம்	
தொடக்கம்	வரை

கொடுப்பனவு கோரப்படும் பயனாளி தொடர்பான விபரங்கள்

01. விண்ணப்பதாரியின் முழுப் பெயர்:

02. விண்ணப்பதாரியின் முகவரி:

03. தொலைபேசி இல :

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

04. விண்ணப்பதாரியின் பிறந்த திகதி:

ஆண்டு				மாதம்	திகதி

05. பால்

ஆண்		பெண்	
-----	--	------	--

06. குடியியல் நிலை

திருமணமானவர்		தனித்தவர்		விவாகரத்துப் பெற்றவர்	
விதவை		தபுதாரார்		பிரிந்தவர்	

07. மாதாந்த வருமானம் :

08. விண்ணப்பதாரியின் தேசிய அடையாள அட்டை இல:

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

09. மருத்துவம் மேற்கொள்ளும் வைத்தியசாலையின் பெயர் மற்றும் பிரதேசம்

10. சிகிச்சை பெறும் வைத்திய நிலையம் அமைந்துள்ள மாவட்டம்:

குடும்ப உறுப்பினர் விபரம்

	உறுப்பினரின் பெயர்	உறவு முறை	பிறந்த ஆண்டு	தொழில்
1				
2				
3				
4				
5				

பயனாளியின் கையொப்பம்

பதினாள் விபரம்

11. பதிலாளரின் முழுப்பெயர்:
12. பதிலாளரின் உறவுமுறை:
13. பதிலாளரின் தே.அ.அ.இல:

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

பதிலாளரின் கையொப்பம்

சிறுபிள்ளையாயின் பெற்றோர்/ பாதுகாவலர் தொடர்பான விபரங்கள்

14. பெற்றோர்/ பாதுகாவலரின் முழுப்பெயர்:-
15. பெற்றோர்/ பாதுகாவலரின் விலாசம்-
16. பெற்றோர் / பாதுகாவலரின் தொழில் :
17. பெற்றோர்/ பாதுகாவலரின் மாதாந்த வருமானம்:-
18. 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:.....

பெற்றோர் / பாதுகாவலர் கையொப்பம்

கிராம சேனையாளரின் 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

சமூகசேவை உத்தியோகத்தரின் அறிக்கையும் சிபார்சும்.

மேற்குறிப்பிட்டுள்ள திரு/திருமதி/செல்வி.....

என்பவரை..... அன்று மு.ப/பி.ப..... மனியாளலில் அரைது.....

உரையாடிய வகையிலும் மருத்துவ அறிக்கையின் அடிப்படையிலும் மேற்படி நபருக்கு மாதாந்தம் ரூபா 5000/- 20..... ஆம் ஆண்டு மாதத்திலிருந்து வழங்க சிபார்சு செய்கிறேன்.

திகதி :

ச.சே.உ. கையொப்பமும்
அலுவலக முத்திரையும்

பிரதேச செயலாளர் சிபார்சு:

தனிப்பட்ட ரீதியில் பரிசீலித்து மேற்படி
விண்ணப்பத்தை சிபார்சு செய்கின்றேன்.

பி.சே. கையொப்பமும்
அலுவலக முத்திரையும்

திகதி

மாவட்ட சமூக சேவை உத்தியோகத்தரின் சிபார்சு

விண்ணப்பம் பரிசீலிக்கப்பட்டு சிபார்சு
செய்யப்படுகிறது.

மா.ச.சே.உ. கையொப்பமும்
அலுவலக முத்திரையும்

திகதி

மாகாண சமூக சேவைப் பணிப்பாளரின் கீர்மானம்

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

திகதி:.....

மாகாண சமூக சேவைப்
பணிப்பாளரின் கையொப்பமும்
அலுவலக முத்திரையும்

குறிப்புகள் :

1.
2.
3.
4.
5.