

അനാഥരായ വൃദ്ധജനങ്ങളുടെ സംരക്ഷണം

ചോദ്യം
ശ്രീ.രാജു എബ്രഹാം

ഉത്തരം
ഡോ. എം.കെ. മുനീർ
(പഞ്ചായത്തും സാമൂഹ്യനീതിയും വകുപ്പ് മന്ത്രി)

<p>(എ) അനാഥരായ വൃദ്ധരെ സംരക്ഷിക്കുന്ന എത്ര കേന്ദ്രങ്ങൾ സർക്കാർ ഉടമസ്ഥതയിലുണ്ടെന്നും അവ എവിടെയെല്ലാമാണെന്നും വിശദമാക്കാമോ;</p>	<p>(എ) അനാഥരായ വൃദ്ധരെ സംരക്ഷിക്കുന്നതിന് 16 വൃദ്ധസദനങ്ങൾ സർക്കാർ ഉടമസ്ഥതയിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്നു. വിശദാംശം അനുബന്ധമായി ചേർക്കുന്നു.</p>
<p>(ബി) അലഞ്ഞു തിരിയുന്നവരും രോഗികളുമായ വൃദ്ധരെ കണ്ടെത്താനും അവരെ ഏറ്റെടുക്കാനും എന്തെല്ലാം മാർഗ്ഗമാണ് സ്വീകരിച്ചിരിക്കുന്നത്;</p>	<p>(ബി) അലഞ്ഞു തിരിയുന്നവരും രോഗികളുമായ വൃദ്ധരെ കണ്ടെത്തി അവരെ ഏറ്റെടുക്കുന്നത് പൊതു സമൂഹത്തിന്റേയും തദ്ദേശ സ്വയം ഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളുടേയും സഹകരണത്തോടെയാണ്. ഇതിനുപുറമേ വൃദ്ധസദനങ്ങളിൽ ഗുണഭോക്താവിന് നേരിട്ടെത്തി പ്രവേശനത്തിന് അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കാം. അനാഥരും രോഗിയുമായ വൃദ്ധരേയും താൽക്കാലിക സംരക്ഷണം നൽകുന്നതിനായി വൃദ്ധസദനത്തിലെത്തിക്കാവുന്നതാണ്. സർക്കാർ ഉടമസ്ഥതയിലുള്ള 16 ഗവൺമെന്റ് വൃദ്ധസദനങ്ങളിലും സന്നദ്ധ സംഘടനകൾ നടത്തുന്ന ഓർഫനേജ് കൺട്രോൾ ബോർഡിന്റെ അംഗീകാരമുള്ള 566 വൃദ്ധസദനങ്ങളിലും നിരലംബരായ വൃദ്ധർക്ക് പ്രവേശനം നൽകുന്നുണ്ട്.</p>
<p>(സി) ഇത്തരത്തിൽ വൃദ്ധർക്ക് ആശ്രയമൊരുക്കുമ്പോൾ സ്വീകരിക്കുന്ന മാനദണ്ഡങ്ങൾ എന്തെല്ലാമെന്ന് വിശദമാക്കുമോ?</p>	<p>(സി) സാമൂഹ്യനീതി വകുപ്പിൻ കീഴിലുള്ള എല്ലാ ക്ഷേമ സ്ഥാപനങ്ങൾക്കുമായി സ.ഉ(സാധാ)നം.501/2014/സാനീവ തീയതി 08.08.2014 പ്രകാരം ഒരു മാനേജ്മെന്റ് മാനുവൽ തയ്യാറാക്കിയിട്ടുണ്ട്. പ്രസ്തുത മാനുവൽ അനുസരിച്ചാണ് സ്ഥാപനത്തിലെ പ്രവേശനവും തുടർ നടപടികളും നടത്തിപ്പും. കൂടാതെ വൃദ്ധ സദനങ്ങൾക്കു മാത്രമായി ഉള്ള Kerala Maintenance and Welfare of Parents and Senior Citizen Rules 2009 പ്രകാരമുള്ള പ്രവേശന മാനദണ്ഡങ്ങൾ (അനുബന്ധം - 2) ആയി നൽകിയിട്ടുണ്ട്.</p>

Manoharan
സെക്ഷൻ ഓഫീസർ

രജിസ്റ്റർ നം.

സാമൂഹ്യ നീതി വകുപ്പ്
സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ
സമാശ്വാസം പദ്ധതി

ഡയാലിസിസ് രോഗികൾക്ക് ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷാ ഫോറം
(ബി.പി.എൽ പരിധിയിൽപ്പെടുന്ന സ്ഥിരം ഡയാലിസിസ് ചെയ്യുന്നവർ മാത്രം അപേക്ഷിക്കുക)

- 1. അപേക്ഷകന്റെ പേര് :
- 2. മേൽവിലാസം :
- വീട്ടുപേര്
- വീട്ട് നമ്പർ
- വാർഡ് നമ്പർ
- പഞ്ചായത്ത്/മുനിസിപ്പാലിറ്റി/കോർപ്പറേഷൻ :
- പോസ്റ്റ് ഓഫീസ് (നിർബന്ധം) :
- ജില്ല, പിൻ നമ്പർ :

- 3. ഫോൺ നമ്പർ, : ലാൻ്റ് ഫോൺ/മൊബൈൽ :
- 4. അപേക്ഷകന്റെ വയസ്സും, ജനനതീയതിയും :
- 5. സ്ത്രീയോ/പുരുഷനോ :
- 6. രോഗി ബി.പി.എൽ കൂടുംബാംഗമാണോ :
(തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ സ്ഥാപനത്തിൽ നിന്നുള്ള ബി.പി.എൽ സാക്ഷ്യപത്രം/ഗസറ്റഡ് ആഫീസർ അറ്റസ്സ് ചെയ്ത ബി.പി.എൽ രേഷൻകാർഡ് എന്നിവ ഹാജരാക്കുക)
- 7. ഇപ്പോൾ ഡയാലിസിസ് ചെയ്യുന്ന കേന്ദ്രം :
(എ). ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ :
- 8. ഡയാലിസിസ് ആരംഭിച്ച തീയതി :
(എ). മാസത്തിൽ എത്ര തവണ ഡയാലിസിസ് ചെയ്യേണ്ടി വരുന്നു :
- 9. (എ). ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ :
(പാസ്ബുക്കിന്റെ ആദ്യത്തെ പേജിന്റെ പകർപ്പ്)
(ബി) ബാങ്കിന്റെ പേര് :
(സി) ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര് :
(ഡി). ഐ.എഫ്.എസ്. കോഡ് നമ്പർ :

സത്യപ്രസ്താവന

മേൽപറഞ്ഞ കാര്യങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും ബോധത്തിലും സത്യമാണെന്നും ഞാൻ ഡയാലിസിസിന് വിധേയമായി കഴിയുന്ന രോഗിയാണെന്നും ഇതിനാൽ ബോധ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം :
തീയതി:

അപേക്ഷകന്റെ പേരും ഒപ്പും.

ശിശുവികസന പദ്ധതി ആഫീസറുടെ അന്വേഷണ റിപ്പോർട്ട്

ശ്രീ/ ശ്രീമതി/ കുമാരി സമർപ്പിച്ച അപേക്ഷയും അനുബന്ധ രേഖകളും പരിശോധിക്കുകയും അപേക്ഷയിന്മേൽ ആവശ്യമായ അന്വേഷണനടപടികളും ഉണ്ടായി. ടിയാൻ/ ടിയാൾ മാസത്തിൽ ... തവണ ഡയാലിസിസിന് വിധേയമായി വരുന്നതായി അന്വേഷണത്തിൽ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്. ബി.പി.എൽ കുടുംബാംഗമായ ടിയാൻ/ ടിയാൾക്ക് നിലവിലെ പദ്ധതി മാനദണ്ഡ പ്രകാരം ധനസഹായത്തിന് അർഹതയുള്ളതിനാൽ പ്രസ്തുത ധനസഹായത്തിന് ശുപാർശ ചെയ്തു കൊള്ളുന്നു.

ഒപ്പ് :

പേര് :

ആഫീസ് മുദ്ര

..... ഐ.സി.ഡി.എസ്. പ്രോജക്ട്

..... ജില്ല

ആഫീസ് ഫോൺ നമ്പർ

സ്ഥലം :

തീയതി :

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടറുടെ തീരുമാനം

ശ്രീ/ ശ്രീമതി/ കുമാരി എന്നയാൾക്ക് (..... രൂപ) മാത്രം പ്രതിമാസ ധനസഹായം അനുവദിച്ചിരിക്കുന്നു.

രജിസ്റ്റർ നമ്പർ :

ഒപ്പ്

തീയതി :

എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ

(അപേക്ഷകർ ഈ പേജിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് എടുത്ത് സൂക്ഷിക്കുക)

മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ

1. അപേക്ഷകൻ മാസത്തിലൊരിക്കലെങ്കിലും സ്ഥിരമായി ഡയാലിസിസിന് വിധേയരാകുന്ന ബി.പി.എൽ കുടുംബാംഗമായിരിക്കണം.
2. അപേക്ഷാ ഫാറത്തിനോടൊപ്പമുള്ള മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ നിശ്ചിത ഫോറത്തിൽ സർക്കാർ/ സ്വകാര്യ ആശുപത്രിയിലെ വൃക്കരോഗ വിദഗ്ദ്ധനിൽ നിന്നും സർട്ടിഫിക്കറ്റ് വാങ്ങി അപേക്ഷയോടൊപ്പം ചേർക്കേണ്ടതാണ്.
3. അപേക്ഷകന്റെ ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റും തുടർചികിത്സാ സർട്ടിഫിക്കറ്റും സർക്കാർ/ സ്വകാര്യ ആശുപത്രിയിലെ വൃക്കരോഗ വിദഗ്ദ്ധനിൽ നിന്നും ശേഖരിച്ച് 6 മാസത്തിലൊരിക്കൽ ഈ കാര്യാലയത്തിൽ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
4. അപേക്ഷകന്റെ പേരിൽ ആരംഭിക്കുന്ന ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ, ബാങ്കിന്റെ പേര്, ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്, IFS കോഡ് നമ്പർ എന്നിവ അപേക്ഷയിൽ നിർബന്ധമായും രേഖപ്പെടുത്തണം.
5. അപേക്ഷയിൽ ആവശ്യമായ മുഴുവൻ വിശദാംശങ്ങളും ചേർത്ത് ശിശുവികസന പദ്ധതി ആഫീസർക്ക് സമർപ്പിക്കണം.
6. മാസത്തിൽ ഒരു പ്രാവശ്യമെങ്കിലും ഡയാലിസിസിന് വിധേയരാകുന്നവർക്ക് മാത്രമേ ധനസഹായത്തിന് അർഹതയുണ്ടായിരിക്കുകയുള്ളൂ.
7. ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റും തുടർ ചികിത്സാ സർട്ടിഫിക്കറ്റും മിഷന്റെ തിരുവനന്തപുരം ആസ്ഥാന ആഫീസിലേക്ക് നേരിട്ട് അയച്ചു തരേണ്ടതാണ്. വിലാസം ചുവടെ ചേർക്കുന്നു.
8. അപേക്ഷകൾ സംബന്ധിച്ചുള്ള എല്ലാ കത്തിടപാടുകളിലും രജിസ്റ്റർ നമ്പർ നിർബന്ധമായും ചേർക്കേണ്ടതാണ്.

വിലാസം :

എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ,
കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ,
രണ്ടാംനില, വയോജന പകൽ പരിപാലന കേന്ദ്രം,
പൂജപ്പുര, തിരുവനന്തപുരം - 695012

Acknowledgement Form

രജിസ്റ്റർ നം.

സ്റ്റാമ്പ്

സമാശ്വാസം പദ്ധതി ധനസഹായത്തിന് വേണ്ടി താങ്കൾ സമർപ്പിച്ച അപേക്ഷ പരിശോധിച്ചതിൽ തീയതി മുതൽ ആനുകൂല്യത്തിന് അർഹനാണെന്നറിയിക്കുന്നു. മേലിൽ ഈ ആഫീസുമായി ബന്ധപ്പെടുമ്പോൾ മുകളിൽ രേഖപ്പെടുത്തിയിരിക്കുന്ന രജിസ്റ്റർ നമ്പർ നിർബന്ധമായും രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്.

സമാശ്വാസം പദ്ധതി ധനസഹായത്തിന് വേണ്ടി താങ്കൾ സമർപ്പിച്ച അപേക്ഷ പരിശോധിച്ചതിൽ നിലവിലെ പദ്ധതി മാനദണ്ഡ പ്രകാരം താങ്കൾക്ക് ധനസഹായത്തിനർഹത കാണുന്നില്ല. അതിനാൽ താങ്കളുടെ അപേക്ഷ നിരസിച്ചതായി അറിയിക്കുന്നു.

എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ,
കെ.എസ്.എസ്.എം

(അപേക്ഷകർ ഈ പേജിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് എടുത്ത് സൂക്ഷിക്കുക)



Medical Certificate

Certified that (Name and Address of Patient).....

is undergoing regular dialysis for (Specify Diagnosis).....

Frequency of Dialysis per month is around

And he / she requires regular dialysis for.....month / years/ lifelong.

Place :

Signature :

Date :

Name:

Reg. No:

Seal.

Name of Hospital & Designatio:.

ആദ്യ അപേക്ഷകർക്ക് ശേഷം ഓരോ ആറ് മാസത്തിലും പുരിപ്പിച്ചു നൽകേണ്ടത്.

Register No	
----------------	--

Medical Certificate and Life Certificate

Certified that (Name and Address of the Patient).....

is undergoing regular dialysis and he / she is alive on this day /month of 20.....
and he/ she requires further regular dialysis for month / year.

He undergone Renal Transplantation on (date, month and year) .

Place :

Signature :

Date :

Name:

Designation:

Reg. No:

Seal.

Name of Hospital :

Handwritten signature

മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ