

15 -ാം കേരള നിയമസഭ

3 -ാം സമ്മേളനം

നക്ഷത്ര ചിഹ്നം ഇല്ലാത്ത ചോദ്യം നം. 6653

11-11-2021 - ൽ മറുപടിയ്ക്ക്

സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ പദ്ധതികൾ

ചോദ്യം		ഉത്തരം	
ശ്രീ. എച്ച്. സലാം		Dr. R. Bindu (ഉന്നതവിദ്യാഭ്യാസ-സാമൂഹ്യനീതി വകുപ്പ് മന്ത്രി)	
(എ)	സംസ്ഥാനത്തെ സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ നടപ്പാക്കി വരുന്ന വിവിധ പദ്ധതികളുടെ വിശദാംശങ്ങളും അപേക്ഷാ ഫോമുകളുടെ മാതൃകയും മാനദണ്ഡങ്ങളും വിശദമാക്കാമോ;	(എ)	സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ നടപ്പാക്കി വരുന്ന വിവിധ പദ്ധതികളുടെ വിശദാംശങ്ങളും അപേക്ഷാ ഫോമുകളുടെ മാതൃകയും മാനദണ്ഡങ്ങളും അനുബന്ധം -1 ആയി ചേർത്തിരിക്കുന്നു.
(ബി)	നിർദ്ധന രോഗികൾക്ക് ജീവൻ രക്ഷാ ചികിത്സാ സഹായം നൽകുന്നതിന് പ്രതിവർഷം എത്ര രൂപയാണ് നീക്കിവച്ചിട്ടുള്ളത്; വിശദാംശങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കാമോ?	(ബി)	നിർദ്ധനരോഗികൾക്ക് ജീവൻ രക്ഷാ സഹായം നൽകുന്നതിന് കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ മുഖേന നടപ്പിലാക്കുന്ന പദ്ധതികളും അവയ്ക്ക് നടപ്പ് വർഷം വകയിരുത്തിയിട്ടുള്ള ബജറ്റ് വിഹിതത്തിന്റെ വിശദാംശവും അനുബന്ധം-2 ആയി ചേർത്തിരിക്കുന്നു.

സെക്ഷൻ ഓഫീസർ

അനുബന്ധം - 1

സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ നടപ്പാക്കി വരുന്ന വിവിധ പദ്ധതികളുടെ വിശദാംശങ്ങളും അപേക്ഷാ ഫോമുകളുടെ മാതൃകയും മാനദണ്ഡങ്ങളും താഴെ ചേർത്തിരിക്കുന്നു.

1. **ക്യാൻസർ സുരക്ഷാ പദ്ധതി** : 2008 നവംബർ 1 -നാണ് പദ്ധതി ആരംഭിച്ചത്. 18 വയസ്സുവരെയുള്ള ക്യാൻസർ രോഗികളായ കുട്ടികളുടെ ജീവൻ സംരക്ഷിക്കുന്നതിന് പൂർണ്ണമായും സൗജന്യ ചികിത്സ അനുവദിച്ചു നടപ്പാക്കി വരുന്ന പദ്ധതിയാണ് ക്യാൻസർ സുരക്ഷ. ടി പദ്ധതി സംസ്ഥാനത്തെ തെരഞ്ഞെടുക്കപ്പെട്ട 14 ആശുപത്രികൾ മുഖേന നടപ്പാക്കിവരുന്നു.

പദ്ധതി മാനദണ്ഡം

- 18 വയസ്സിന് താഴെ പ്രായമുള്ള ക്യാൻസർ ബാധിതരായ കുട്ടികളായിരിക്കണം.
- സംസ്ഥാനത്തെ തെരഞ്ഞെടുക്കപ്പെട്ട 14 ആശുപത്രികളിൽ ക്യാൻസർ ചികിത്സയ്ക്കായി സമീപിക്കുന്ന കുട്ടികൾക്കായിരിക്കും പദ്ധതി ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്നത്.
- സ്വന്തമായി ചികിത്സാ ചെലവ് വഹിക്കുവാൻ കഴിയാത്തവിധം വരുമാനം കുറഞ്ഞ കുടുംബങ്ങളിലെ കുട്ടികളായിരിക്കണം.
- കേരളത്തിലെ കുട്ടികളായിരിക്കണം
- ആശുപത്രിയിൽ കിടത്തി ചികിത്സിക്കുന്ന കാലയളവിലാണ് സൗജന്യ ചികിത്സ സഹായം ലഭിക്കുക.
- ഈ പദ്ധതിക്ക് പ്രത്യേക അപേക്ഷാ ഫോറം ഇല്ല.

2. **താലോലം പദ്ധതി** :2010 ജനുവരി 1-നാണ് പദ്ധതി ആരംഭിച്ചത്. ജന്മനായുള്ള ഹൃദയവൈകല്യങ്ങളാലും ജനിതക രോഗങ്ങളാലും മറ്റ് ഗുരുതരരോഗങ്ങളാലും കഷ്ടപ്പെടുന്ന 18 വയസ്സുവരെയുള്ള കുട്ടികൾക്ക് പൂർണ്ണമായും സൗജന്യ ചികിത്സ അനുവദിക്കുന്ന താലോലം പദ്ധതി സംസ്ഥാനത്തെ തെരഞ്ഞെടുക്കപ്പെട്ട 17 ആശുപത്രികൾ മുഖേന നടപ്പാക്കിവരുന്നു.

പദ്ധതി മാനദണ്ഡം

- 18 വയസ്സിനു താഴെപ്രായമുള്ള കുട്ടികളായിരിക്കണം.
- ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായ വൃക്ക വൈകല്യങ്ങൾ, കാർഡിയോ വാസ്കുലാർ വൈകല്യങ്ങൾ, സെറിബ്രൽ പാൾസി, ഹീമോഫീലിയ, താലസീമിയ, സിക്കിൾസെൽ അനീമിയ, അസ്ഥി വൈകല്യങ്ങൾ, ഞരമ്പ് സംബന്ധമായ വൈകല്യങ്ങൾ എന്നീ രോഗങ്ങളുടെ ചികിത്സക്കും ഡയാലിസിസ് നടത്തുന്നതിനും, ശസ്ത്രക്രിയ ചെയ്യുന്നതിനും അവയവങ്ങൾ മാറ്റിവയ്ക്കുന്നതിനും ആവശ്യമായ സൗജന്യ ചികിത്സ ഈ പദ്ധതിയിലൂടെ ലഭ്യമാകും.
- സംസ്ഥാനത്ത് തെരഞ്ഞെടുക്കപ്പെട്ട 17 ആശുപത്രികളിൽ ചികിത്സയ്ക്കായി സമീപിക്കുന്ന കുട്ടികൾക്കാണ് പദ്ധതി ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്നത്.
- സ്വന്തമായി ചികിത്സാചെലവ് വഹിക്കുവാൻ കഴിയാത്തവിധം വരുമാനം കുറഞ്ഞ കുടുംബങ്ങളിലെ കുട്ടികളായിരിക്കണം.
- ഈ പദ്ധതിക്കും പ്രത്യേക അപേക്ഷാ ഫോറം ഇല്ല.

3. **ആശ്വാസകിരണം പദ്ധതി :** 2010 ലാണ് പദ്ധതി ആരംഭിച്ചത്. ഒരു മുഴുവൻ സമയ പരിചാരകന്റെ സേവനം ആവശ്യമാവിധം കിടപ്പിലായ രോഗികളെയും മാനസികശാരീരിക വെല്ലുവിളി നേരിടുന്നവരെയും ഗുരുതര രോഗങ്ങളുള്ളവരെയും പരിചരിക്കുന്നവർക്ക് പ്രതിമാസ ധനസഹായം അനുവദിക്കുന്ന പദ്ധതിയാണ് ആശ്വാസകിരണം പദ്ധതി. തുടക്കത്തിൽ 250/- രൂപയായിരുന്നു നൽകിയിരുന്നത്. നിലവിൽ 600/- രൂപയാണ് പ്രതിമാസം അനുവദിക്കുന്നത്. ആശ്വാസകിരണം ധനസഹായത്തിന് അർഹതയുള്ളവർക്ക് മറ്റ് പെൻഷനുകൾ ലഭിക്കുന്നതിന് തടസ്സമില്ല.

പദ്ധതി മാനദണ്ഡം

- ശയ്യാവലംബരായവർ, ബുദ്ധിമാന്ദ്യം, ഓട്ടിസം, സെറിബ്രൽ പാൾസി, മാനസികവൈകല്യം, 100% കാഴ്ച ശക്തിയില്ലാത്തവർ പ്രായാധിക്യം കൊണ്ടും ക്യാൻസർ മുതലായ മാരകരോഗം കാരണവും പൂർണ്ണ സമയവും ദൈനംദിന കാര്യങ്ങൾക്കായി പരിചാരകന്റെ സഹായം ആവശ്യമുള്ളവരുടെ പരിചാരകരാണ് ഗുണഭോക്താക്കൾ.
- ബുദ്ധിമാന്ദ്യം ഉള്ളവർ സെറിബ്രൽ പാൾസി, ഓട്ടിസം തുടങ്ങിയ രോഗം ബാധിച്ചവർക്ക് വരുമാന പരിധി ബാധകമല്ല.
- പരിചരണം നൽകുന്നയാൾ സ്ഥിരവരുമാനമുള്ളവരായിരിക്കരുത്.
- വാർഷികകുടുംബ വരുമാനം ഗ്രാമപ്രദേശങ്ങളിലുള്ളവർക്ക് 20,000/- രൂപയും നഗരപ്രദേശങ്ങളിലുള്ളവർക്ക് 22,375/- രൂപയിലും താഴെയായിരിക്കണം.
- നിശ്ചിതഫോറത്തിലുള്ള അപേക്ഷ പൂരിപ്പിച്ച് ആവശ്യമായ രേഖകൾ സഹിതം ശിശുവികസന പദ്ധതി ഓഫീസർക്ക് നൽകേണ്ടതാണ്.

4. **സ്നേഹസ്പർശം പദ്ധതി :** 2010-11 സാമ്പത്തിക വർഷത്തിലാണ് പദ്ധതി ആരംഭിച്ചത്. ചുഷണത്തിന് വിധേയരായി അവിവാഹിത അവസ്ഥയിൽ അമ്മമാരാകുന്നവർ കുടുംബങ്ങളിൽ നിന്നും സമൂഹത്തിൽ നിന്നും ഒറ്റപ്പെട്ട് ജീവിക്കേണ്ടിവരുന്നു. ഇത്തരക്കാർക്ക് ദൈനംദിന ജീവിതത്തിന് ആവശ്യമായ സാമ്പത്തിക സഹായം നൽകി ഇവരെ പുനരധിവാസിപ്പിക്കുക എന്ന ഉദ്ദേശ്യത്തോടെ ആവിഷ്കരിച്ച് നടപ്പാക്കി വരുന്ന പദ്ധതിയാണ് സ്നേഹസ്പർശം. 1000/- രൂപ ധനസഹായം അനുവദിച്ചു വന്ന പദ്ധതി ധനസഹായം, സർക്കാർ ഉത്തരവ് നം സ.ഉ(സാധാ)417/2018/സാനീവ തീയതി:06/07/2018 പ്രകാരം 2000/- രൂപയാക്കി വർദ്ധിപ്പിച്ചിട്ടുണ്ട്.

പദ്ധതി മാനദണ്ഡം

- 65 വയസ്സിനുള്ളിൽ പ്രായമുള്ളവരായിരിക്കണം.
- ചുഷണത്തിനു വിധേയരായി അവിവാഹിത അവസ്ഥയിൽ അമ്മമാരായവർ ആയിരിക്കണം.
- പുനർ വിവാഹിതരായിരിക്കാൻ പാടില്ല.
- സർക്കാരിന്റെ മറ്റൊരാണുകൂല്യം ലഭിക്കാത്തവരായിരിക്കണം.
- ജാതി ബാധകമല്ല

- എല്ലാ അഗതികളായ അവിവാഹിത അമ്മമാർക്കും ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്നതാണ്.
- നിശ്ചിത ഫോറത്തിലുള്ള അപേക്ഷ പുരിപ്പിച്ച് രേഖകൾ ഉൾപ്പെടെ ബന്ധപ്പെട്ട ജില്ലാ സാമൂഹ്യ നീതി ആഫീസർക്ക് നൽകണം.

5. എൻഡോസ്മെന്റ് ദുരിതബാധിതർക്ക് വേണ്ടിയുള്ള പദ്ധതികൾ:

(എ) എൻഡോസ്മെന്റ് ദുരിത ബാധിതരുടെ പുനരധിവാസത്തിനുവേണ്ടി നിരവധി പദ്ധതികളും പരിപാടികളും സർക്കാർ നടപ്പാക്കിവരുന്നു. എൻഡോസ്മെന്റ് ദുരിത ബാധിതർക്ക് സ്നേഹസാന്ത്വനം പദ്ധതി പ്രകാരം വിവിധ തലങ്ങളിലുള്ള രോഗികൾക്ക് 1200/-, 1700/-, 2200/- എന്നീ നിരക്കിൽ നിലവിൽ 5423 പേർക്കാണ് സഹായം നൽകി വരുന്നത്.

(ബി) സ്പെഷ്യൽ ആശ്വാസകിരണം പദ്ധതി പ്രകാരം എൻഡോസ്മെന്റ് ദുരിത ബാധിതരെ പരിചരിക്കുന്നവർക്ക് 700/- രൂപ നിരക്കിൽ പ്രതിമാസ ധനസഹായം അനുവദിച്ചുവരുന്നു.

(സി) എൻഡോസ്മെന്റ് ദുരിത ബാധിത കുടുംബങ്ങളിലെ 12-ാം ക്ലാസ്സുവരെ പഠിക്കുന്ന കുട്ടികൾക്ക് 2000, 3000, 4000 എന്നീ നിരക്കിലുള്ള ഒറ്റത്തവണ വിദ്യാഭ്യാസ ധനസഹായവും നൽകി വരുന്നു.

പദ്ധതി മാനദണ്ഡം

* ആരോഗ്യവകുപ്പ് നടത്തുന്ന സർവ്വേയിൽ എൻഡോസ്മെന്റ് ദുരിതബാധിതരായി കണ്ടെത്തി ജില്ലാ കളക്ടർ അംഗീകരിക്കുന്ന ലിസ്റ്റിൽ ഉൾപ്പെടുന്നവർക്ക് വരുമാന പരിധി കണക്കിലെടുക്കാതെ പ്രസ്തുത പദ്ധതിയുടെ ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്നു.

* സ്നേഹസാന്ത്വനം പദ്ധതി പ്രകാരം ധനസഹായം ലഭിക്കുവാൻ പ്രത്യേക അപേക്ഷാ ഫോറമില്ല. ജില്ലാകളക്ടർ അംഗീകരിക്കുന്ന ലിസ്റ്റിൽ ഉൾപ്പെടുന്നവർക്ക് വരുമാനപരിധി കണക്കിലെടുക്കാതെ പ്രസ്തുത പദ്ധതിയുടെ ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്നു.

* സ്പെഷ്യൽ ആശ്വാസകിരണം പദ്ധതിയ്ക്കായി നിശ്ചിത ഫോറത്തിലുള്ള അപേക്ഷ പുരിപ്പിച്ച് ആവശ്യമായ രേഖകൾ സഹിതം ശിശുവികസന പദ്ധതി ആഫീസർക്ക് നൽകേണ്ടതാണ്.

* എൻഡോസ്മെന്റ് ദുരിത ബാധിത കുടുംബങ്ങളിലെ വിദ്യാഭ്യാസ ധനസഹായത്തിനായി നിശ്ചിത ഫോറത്തിലുള്ള അപേക്ഷ ബന്ധപ്പെട്ട സ്കൂളുകൾ മുഖേന മിഷൻ എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർക്ക് സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

6. വയോമിത്രം പദ്ധതി :

നഗരസഭകളുമായി ചേർന്നു കൊണ്ട് 65 വയസ്സിന് മുകളിൽ പ്രായമുള്ള മുതിർന്ന പൗരന്മാർക്ക് മൊബൈൽ ക്ലിനിക്കിലൂടെ സൗജന്യ ചികിത്സ, സൗജന്യ മരുന്ന്, കൗൺസിലിംഗ് എന്നിവ നൽകി ആരോഗ്യ സുരക്ഷ ഉറപ്പ് വരുത്തുന്ന പദ്ധതിയാണ് വയോമിത്രം പദ്ധതി. 42 നഗര പ്രദേശത്ത് നടപ്പാക്കി വന്നിരുന്ന ഈ പദ്ധതി

സംസ്ഥാനത്തെ എല്ലാ നഗരസഭാ പ്രദേശത്തും 3 ബ്ലോക്ക് പഞ്ചായത്തിലും കൂടി ആരംഭിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഇപ്പോൾ 95 വയോമിത്രം യൂണിറ്റുകൾ കാര്യക്ഷമമായി പ്രവർത്തിച്ചു വരുന്നു. സൗജന്യ ചികിത്സക്ക് പുറമെ മുതിർന്ന പൗരന്മാർക്ക് മാനസിക ഉല്ലാസം പ്രധാനം ചെയ്യാനുള്ള പരിപാടികൾ, വിവിധ ദിനാചരണങ്ങൾ, സ്പെഷ്യാലിറ്റി മെഡിക്കൽ ക്യാമ്പുകൾ തുടങ്ങിയവയും വയോമിത്രം വഴി നടപ്പിലാക്കുന്നു. ജനകീയ പങ്കാളിത്തത്തോടു കൂടി വയോമിത്രത്തെ നഗരപ്രദേശങ്ങളിലെ മുതിർന്ന പൗരന്മാരുടെ കൂട്ടായ്മയായി വളർത്താനുള്ള ശ്രമങ്ങൾ മിഷൻ നടത്തിവരുന്നു.

പദ്ധതി മാനദണ്ഡം

- നഗരപ്രദേശത്ത് താമസിക്കുന്ന 65 വയസ്സിനുമേൽ പ്രായമുള്ള വ്യഭജനങ്ങൾക്ക് പദ്ധതി ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്നു.
- ഈ പദ്ധതി സഹായത്തിന് പ്രത്യേക അപേക്ഷാ ഫോറമില്ല. പദ്ധതി നടപ്പിലാക്കുന്ന തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപന പരിധിയിൽ സ്ഥിര താമസമാക്കിയ 65 വയസ്സിനുമേൽ പ്രായമുള്ള വ്യഭജനങ്ങൾക്ക് വയോമിത്രം ആഫീസുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് പേര് രജിസ്റ്റർ ചെയ്യണം.

7. ശ്രുതിതരംഗം പദ്ധതി :

5 വയസ്സുവരെ പ്രായമുള്ള കുട്ടികളിൽ നിന്നും ശ്രവണ വൈകല്യമുള്ള കുട്ടികളെ വളരെ ചെറുപ്പത്തിൽ തന്നെ കണ്ടെത്തി കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ സർജറി നടത്തി ആഡിറ്ററിവെർബൽ ഹബിലിറ്റേഷനിലൂടെ വൈകല്യം മാറ്റിയെടുക്കുന്ന പദ്ധതിയാണ് ശ്രുതിതരംഗം. സർക്കാർ/സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളിലൂടെ ഈ പദ്ധതി നടപ്പിലാക്കി വരുന്നു. കൂടാതെ സ.ഉ (എം.എസ്)നം.640/17/സാനീവ തീയതി: 28/09/17 ഉത്തരവ് പ്രകാരം ശ്രുതിതരംഗം പദ്ധതി ആരംഭിക്കുന്നതിന് മുൻപ് രക്ഷിതാക്കളുടെ സ്വന്തം ചെലവിൽ കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ സർജറി നടത്തിയ 25 വയസ്സു വരെയുള്ളവർക്ക് സ്പീച്ച് പ്രോസസർ അപ്ഗ്രേഡ് ചെയ്ത് എക്സ്റ്റൻഡഡ് വാറന്റി നൽകുന്നതിനുള്ള ധനി പദ്ധതി ആരംഭിച്ചിട്ടുണ്ട്. കൂടാതെ സ.ഉ.(ആർ.ടി) നം. 79/2020/സാ.നീ.വ തീയതി 14.02.2020 പ്രകാരം കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ ശസ്ത്രക്രിയ കഴിഞ്ഞ കുട്ടികളുടെ അനുബന്ധ ഉപകരണങ്ങളുടെ മെയിന്റനൻസ് നടത്തി നൽകുന്നതിനായി മാനദണ്ഡങ്ങൾ അംഗീകരിച്ച് സർക്കാർ ഉത്തരവ് പുറപ്പെടുവിച്ചിട്ടുണ്ട്.

പദ്ധതി മാനദണ്ഡം

- 0-5 വയസ്സുവരെ പ്രായപരിധിയിലുള്ള കുട്ടികളായിരിക്കണം.
- കുടുംബവാർഷികവരുമാനം 2 ലക്ഷം രൂപ വരെയുള്ള കുടുംബങ്ങളിലെ കുട്ടികളായിരിക്കണം.
- കേരളത്തിലുള്ള കുട്ടികളായിരിക്കണം.
- കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ സർജറി ചെയ്താൽ പ്രയോജനമുണ്ടെന്ന് സ്പെഷ്യലൈസ്ഡ് ഡോക്ടർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയിരിക്കണം.
- സ്ഥിരമായി സ്പീച്ച് തെറാപ്പി നടത്തുവാൻ സന്നദ്ധരായ കുടുംബങ്ങളായിരിക്കണം.

- നിശ്ചിത ഫോറത്തിൽ അപേക്ഷ ആവശ്യമായ രേഖകൾ സഹിതം കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർക്ക് നൽകണം.

8. വൈകല്യ നിർണ്ണയ മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കേഷൻ ക്യാമ്പിലൂടെ വികലാംഗർക്ക് മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റും തിരിച്ചറിയൽ കാർഡും തൽസമയം വിതരണം ചെയ്യുന്ന പദ്ധതി :

സംസ്ഥാനത്തെ 40% വൈകല്യം ബാധിച്ച മുഴുവൻ പേരെയും കണ്ടെത്തി ഇത്തരം വ്യക്തികൾക്ക് കേന്ദ്ര സംസ്ഥാന സർക്കാരുകളിൽ നിന്നും ലഭിക്കാവുന്ന ആനുകൂല്യങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കുന്നതിനുള്ള അടിസ്ഥാനരേഖയായ മെഡിക്കൽ ബോർഡ് സർട്ടിഫിക്കറ്റും തിരിച്ചറിയൽ കാർഡും നൽകുന്ന പദ്ധതിയാണിത്. കൂടാതെ ദേശീയതലത്തിൽ വൈകല്യമുള്ള വ്യക്തികളുടെ സ്ഥിതിവിവര കണക്കുകൾ ലഭ്യമാക്കുന്നതിനും, ഇവർക്ക് ദേശീയ തലത്തിൽ ഏകീകൃതരൂപത്തിലുള്ള തിരിച്ചറിയൽ കാർഡുകൾ (UDID - Unique ID for Persons with Disabilities) നൽകുന്നതിനുമുള്ള ഒരു പദ്ധതിക്ക് കേന്ദ്ര ഗവൺമെന്റിന്റെ Ministry of Social Justice & Empowerment ലെ Department of Empowerment of Persons with Disabilities രൂപം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഇതിനാവശ്യമായ Software ഉം ദേശീയ തലത്തിൽ തന്നെ തയ്യാറാക്കിയിട്ടുണ്ട്. ആദ്യ ഘട്ടത്തിൽ ഈ പദ്ധതി നടപ്പാക്കുന്ന 13 സംസ്ഥാനങ്ങളിൽ കേരളവും ഉൾപ്പെടുന്നു. 1,50,000 ഭിന്നശേഷിക്കാർക്ക് ഇതിനകം UDID കാർഡുകൾ നൽകിയിട്ടുണ്ട്. സംസ്ഥാന സർക്കാരിന്റെ തിരിച്ചറിയൽ കാർഡും നൽകിവരുന്നു.

പദ്ധതി മാനദണ്ഡം

- ഓൺലൈൻ അപേക്ഷ ലഭിക്കുന്നതിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ക്യാമ്പുകൾ സംഘടിപ്പിച്ച് 40% മോ അതിനു മുകളിലോ വൈകല്യം ഉള്ളവർക്ക് മെഡിക്കൽ ബോർഡ് സർട്ടിഫിക്കറ്റും ഐഡന്റിറ്റി കാർഡും നൽകി വരുന്നു.
- നിശ്ചിതഫോറത്തിൽ അപേക്ഷ കേരള സാമൂഹ്യസുരക്ഷാ മിഷൻ എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർക്ക് നൽകേണ്ടതാണ്.
- നിശ്ചിത ഫോറത്തിൽ അപേക്ഷ ആവശ്യമായ രേഖകൾ സഹിതം കേരള സാമൂഹ്യസുരക്ഷാ മിഷൻ എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർക്ക് നൽകണം.

9. സ്നേഹപൂർവ്വം പദ്ധതി :

മാതാപിതാക്കൾ ഇരുവരുമോ ആരെങ്കിലും ഒരാളോ മരണപ്പെട്ട് സാമ്പത്തികമായി പിന്നോക്കം നിൽക്കുന്ന കുട്ടികൾക്ക് വിദ്യാഭ്യാസത്തിന് ധനസഹായം നൽകുന്ന പദ്ധതിയാണിത്. ഇത്തരം കുട്ടികൾ അനാഥാലയങ്ങളിൽ എത്തിപ്പെടാതെ സ്വഭവനങ്ങളിലോ ബന്ധുഗൃഹങ്ങളിലോ താമസിച്ച് അവരുടെ കുടുംബാംഗങ്ങളുടെ സംരക്ഷണത്തിൽ വളർന്ന് വിദ്യാഭ്യാസം നേടുകയെന്നതാണ് പദ്ധതിയുടെ ഉദ്ദേശ്യം. സർക്കാർ, എയ്ഡഡ് വിദ്യാലയങ്ങളിൽ പഠിക്കുന്ന വിദ്യാർത്ഥികൾക്ക് വിവിധ തലങ്ങളിലായി പ്രതിവർഷം 3000/- 5000/-, 7500/-, 10000/- നിരക്കിൽ ധനസഹായം നൽകി വരുന്നു. മാതാപിതാക്കൾ ജീവിച്ചിരിപ്പുള്ള എച്ച്.ഐ.വി

ബാധിതരായ കുട്ടികളെയും ഈ പദ്ധതിയിൽ ഉൾപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ട്. സംസ്ഥാനത്ത് 70000-ത്തോളം കുട്ടികൾക്ക് ഈ പദ്ധതിയുടെ ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്നുണ്ട്. സ്നേഹപൂർവ്വം പദ്ധതിയിലെ കൗമാരക്കാരായ കുട്ടികൾക്ക് ജില്ലാതലത്തിൽ ജീവിത നൈപുണ്യ ശില്പശാലകൾ, 10, 12 ക്ലാസ്സുകളിൽ മികച്ച വിജയം നേടുന്ന കുട്ടികൾക്ക് എക്സലൻസ് അവാർഡ് എന്നിവയും ഈ പദ്ധതിയോടൊപ്പം നടപ്പിലാക്കുന്നുണ്ട്.

പദ്ധതി മാനദണ്ഡം

- മാതാപിതാക്കൾ മരണപ്പെട്ട കുട്ടികൾ/മാതാപിതാക്കളിൽ ഒരാൾ മരണപ്പെട്ടു പോവുകയും ജീവിച്ചിരിക്കുന്നയാൾക്ക് സാമ്പത്തികമായ ബുദ്ധിമുട്ടുമൂലം കുട്ടിയെ സ്വകുടുംബങ്ങളിൽ നിർത്തി സംരക്ഷിക്കാൻ കഴിയാത്ത സാഹചര്യങ്ങളിൽ കുട്ടിയെ കുടുംബാംഗങ്ങൾ തന്നെ സ്വഭവനങ്ങളിൽ സംരക്ഷിച്ച് വിദ്യാഭ്യാസം ചെയ്യിക്കുന്നതിനാണ് പ്രതിമാസ ധനസഹായം നൽകുന്നത്.
- 5 വയസ്സുവരെയുള്ള കുട്ടികളും, സർക്കാർ/എയ്ഡഡ് സ്കൂളുകളിൽ 1 മുതൽ ഡിഗ്രിതലത്തിൽ/പ്രൊഫഷണൽ കോഴ്സുകളിൽ പഠിക്കുന്ന കുട്ടികളും പദ്ധതിയുടെ ഗുണഭോക്താക്കളാണ്.
- കുട്ടിയെ സംരക്ഷിക്കുന്ന കുടുംബം ഗ്രാമപ്രദേശങ്ങളിൽ 20,000/- രൂപയും നഗരപ്രദേശങ്ങളിൽ 22,375/- രൂപയിലും താഴെ വാർഷിക വരുമാനമുള്ളവരായിരിക്കണം.
- വെള്ളക്കടലാസിലുള്ള അപേക്ഷയും ബന്ധപ്പെട്ട രേഖകളും സഹിതം അപേക്ഷകർ അവരവരുടെ വിദ്യാഭ്യാസ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ നിന്നും സ്ഥാപന മേധാവികൾ മുഖേന ഓൺലൈൻ ആയി അപേക്ഷ എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർക്ക് സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. ഓൺലൈനായി അപേക്ഷിക്കുന്നതിനാൽ പ്രത്യേകമായി അപേക്ഷ ഫോറമില്ല.

10. സമാശ്വാസം പദ്ധതി :

വൃക്ക തകരാർ സംഭവിച്ച് സ്ഥിരമായി ഡയാലിസിസിൽ ഏർപ്പെടുന്നവർ, വൃക്ക/കരൾ മാറ്റിവയ്ക്കൽ സർജറിക്ക് വിധേയരായവർ, ഹീമോഫീലിയ രോഗികൾ, സിക്കിൾസെൽ അനീമിയ രോഗികൾ എന്നിവർക്ക് പ്രതിമാസ ധനസഹായം അനുവദിക്കുന്ന പദ്ധതിയാണ് സമാശ്വാസം പദ്ധതി. ഡയാലിസിസിന് വിധേയരാകുന്ന ബി.പി.എൽ വിഭാഗത്തിൽപ്പെടുന്ന രോഗികൾക്ക് പ്രതിമാസം 1100/- രൂപയും വൃക്ക/കരൾമാറ്റിവയ്ക്കൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയരായ കുടുംബ വാർഷിക വരുമാനം 1 ലക്ഷം രൂപ വരെയുള്ളവർക്ക് പ്രതിമാസം 1000/- രൂപയും ഹീമോഫീലിയ രോഗികൾക്ക് വരുമാന പരിധിയില്ലാതെ 1000/- രൂപയും നോൺട്രൈബൽ വിഭാഗത്തിൽപ്പെട്ട അരിവാൾ രോഗം ബാധിച്ച രോഗികൾക്ക് പ്രതിമാസം 2000/- രൂപയും നൽകിവരുന്നു.

പദ്ധതി മാനദണ്ഡം

സമാശ്വാസം I

- മാസത്തിലൊരിക്കലേക്കിലും സ്ഥിരമായി ഡയാലിസിസിന് വിധേയരാകുന്ന ബി.പി.എൽ കുടുംബാംഗമായിരിക്കണം.

- ആറുമാസമെങ്കിലും തുടർച്ചയായ ഡയാലിസിസ് ആവശ്യമുള്ളവരാണെന്ന് വൃക്കരോഗ വിദഗ്ധൻ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് നൽകിയിരിക്കണം.
- ഡയാലിസിസ് ചെയ്തു കൊണ്ടിരിക്കുന്ന രോഗി വൃക്ക മാറ്റിവയ്ക്കൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു വിധേയനായി ഡയാലിസിസ് അവസാനിപ്പിച്ചാൽ വൃക്ക മാറ്റിവയ്ക്കൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുശേഷമുള്ള Immuno Suppressive Treatment എടുക്കുന്ന കാലയളവിൽ പരമാവധി രണ്ട് വർഷം ധനസഹായത്തിന് അർഹതയുണ്ടായിരിക്കുന്നതാണ്. ഡയാലിസിസിന്റെ ഇടവേള ഒരു മാസത്തിൽ കൂടുതലാണെങ്കിൽ ധനസഹായത്തിന് അർഹതയുണ്ടായിരിക്കുന്നതല്ല.
- മറ്റ് സർക്കാർ ധനസഹായം ലഭ്യമാകുന്നവർക്കും ഈ പ്രത്യേക ധനസഹായത്തിന് അർഹതയുണ്ടായിരിക്കും. ഈ പദ്ധതി പ്രകാരം പ്രതിമാസം 1100/- രൂപയാണ് ധനസഹായം അനുവദിക്കുന്നത്. അപേക്ഷാ ഫോറത്തിന്റെ പകർപ്പ് അനുബന്ധം VII ആയി ചേർത്തിട്ടുണ്ട്.

സമാശ്വാസം II

- വൃക്ക/കരൾ എന്നീ അവയവങ്ങളിലേതെങ്കിലും മാറ്റിവയ്ക്കപ്പെട്ട രോഗികൾ ആയിരിക്കണം. ശസ്ത്രക്രിയ കഴിഞ്ഞ തീയതി മുതൽ പരമാവധി 5 വർഷക്കാലത്തേയ്ക്കാണ് പദ്ധതി ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്നത്.
- വൃക്ക/കരൾ മാറ്റിവയ്ക്കൽ ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തി തുടർ ചികിത്സ ആവശ്യമുള്ളവരാണെന്ന് വൃക്ക/കരൾരോഗ വിദഗ്ധൻ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് നൽകിയിരിക്കണം.
- കുടുംബ വാർഷികവരുമാനം 1 ലക്ഷം രൂപയിൽ താഴെയുള്ളവരായിരിക്കണം.
- മറ്റ് സർക്കാർ ധനസഹായം ലഭിക്കുന്നവർക്കും ഈ പ്രത്യേക ധനസഹായത്തിന് അർഹതയുണ്ടായിരിക്കും.
- ഈ പദ്ധതി പ്രകാരം പ്രതിമാസം 1000/- രൂപയാണ് ധനസഹായം അനുവദിക്കുന്നത്. അപേക്ഷാ ഫോറത്തിന്റെ പകർപ്പ് അനുബന്ധം VIII ആയി ചേർത്തിട്ടുണ്ട്.

സമാശ്വാസം III

- ഈ പദ്ധതി സാമൂഹ്യ നീതി വകുപ്പിനു വേണ്ടി കേരളസാമൂഹ്യസുരക്ഷാ മിഷൻ നടപ്പിലാക്കിവരുന്നു.
- രക്തം കട്ടപിടിക്കുന്നതിനാവശ്യമായ ഘടകങ്ങളുടെ കുറവ് മൂലം ഉണ്ടാകുന്ന ഹീമോഫീലിയും അനുബന്ധരോഗാവസ്ഥയും ഉള്ളവരാണ് പദ്ധതിയുടെ ഗുണഭോക്താക്കൾ.
- പ്രതിമാസം 1000/- രൂപയാണ് ഈ പദ്ധതി പ്രകാരം ധനസഹായം അനുവദിക്കുക.

- APL/BPL വ്യത്യാസമില്ലാതെ ഹീമോഫീലിയ ബാധിച്ചിട്ടുള്ള എല്ലാ ആളുകൾക്കും ഈ പദ്ധതിയുടെ ആനുകൂല്യത്തിന് അർഹതയുണ്ടായിരിക്കും.
- സർക്കാരിന്റെ ക്ഷേമപെൻഷനുകളോ മറ്റു ധനസഹായങ്ങളോ ലഭിക്കുന്നവർക്കും ഈ പ്രത്യേക പ്രതിമാസ ധനസഹായത്തിന് അർഹതയുണ്ടായിരിക്കും.
- ഹീമോഫീലിയ ബാധിച്ചയാളാണെന്ന് ഗവൺമെന്റ് മെഡിക്കൽ കോളേജിലെ മെഡിസിൻ/ പീഡിയാട്രിക്സ്/ ഹെമറ്റോളജി വിഭാഗത്തിലെ ഡോക്ടർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയിരിക്കണം. വകുപ്പ് തലവനോ/സ്ഥാപന സുപ്രണ്ടോ മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റിൽ counter sign ചെയ്തിരിക്കണം.
- അർഹതയുള്ള ഗുണഭോക്താക്കൾക്ക് അവരുടെ പേരിലോ 15 വയസിനു താഴെയുള്ള കുട്ടികളാണെങ്കിൽ കുട്ടിയുടെയും രക്ഷാകർത്താവിന്റെയും പേരിലുള്ള joint account ലേക്ക് കോർബാങ്കിംഗ്/RTGS വഴി പദ്ധതി ആനുകൂല്യം ട്രാൻസ്ഫർ ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്ത് നൽകുന്നതാണ്.
- എല്ലാ വർഷവും ജനുവരി/ജൂൺ മാസങ്ങളിൽ ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്.

സമാശ്വാസം IV

- സംസ്ഥാനത്ത് ട്രൈബൽ വിഭാഗത്തിൽപ്പെടാത്ത ദാരിദ്ര്യരേഖക്ക് താഴെയുള്ള പൊതുവിഭാഗത്തിൽപ്പെട്ട കുടുംബങ്ങളിലെ രോഗബാധിതർ.
- അപേക്ഷകർ അരിവാൾരോഗം (HBSS) ബാധിച്ചവരോ HBS Combination ബാധിച്ചവരോ ആണെന്ന് HPLC (High Performing Liquid Chromatography) വഴി കണ്ടെത്തിയവരായിരിക്കണം. ഇതു സംബന്ധിച്ച് കോഴിക്കോട് മെഡിക്കൽ കോളേജ് പത്തോളജി വിഭാഗത്തിൽ നിന്നും നിശ്ചിത മാതൃകയിലുള്ള സാക്ഷ്യപത്രം അപേക്ഷയോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
- (HBAS) Sickel cell trair casesന് ചികിത്സ ആവശ്യമില്ല. അതിനാൽ അത്തരം കേസുകളെ ടി പദ്ധതിയിൽ പരിഗണിക്കുന്നതല്ല.
- പട്ടികവർഗ്ഗക്കാരല്ലാത്ത അരിവാൾരോഗം ബാധിച്ചവരെ മാത്രമേ ഈ പദ്ധതിയിൽ പരിഗണിക്കുകയുള്ളൂ.
- വില്ലേജ് ഓഫീസർ നൽകുന്ന ജാതിസർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെയും വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെയും രോഗാവസ്ഥ തെളിയിക്കുന്നതിന് കോഴിക്കോട് മെഡിക്കൽ കോളേജിലെ പത്തോളജി വിഭാഗം നൽകുന്ന സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെയും അടിസ്ഥാനത്തിൽ ആനുകൂല്യം അനുവദിക്കുന്നതാണ്.

- രോഗിമരണപ്പെട്ടാൽ രോഗിയുടെ ആശ്രിതന് ധനസഹായം ലഭിക്കാൻ അർഹത ഉണ്ടായിരിക്കില്ല.
- ധനസഹായം ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് വഴി മാത്രമേ നൽകുകയുള്ളൂ.
- അർഹരായ അപേക്ഷകർക്ക് അപേക്ഷ സമർപ്പിച്ച മാസത്തിന് തൊട്ടടുത്ത മാസം മുതൽ ധനസഹായം അനുവദിച്ചു നൽകുന്നതാണ്.
- ധനസഹായം തുടർന്ന് ലഭിക്കുന്നതിന് എല്ലാവർഷവും ജനുവരി /ജൂൺ മാസങ്ങളിൽ നിശ്ചിത മാതൃകയിൽ ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്.

11. വീ-കെയർ:

കേരള സാമൂഹ്യസുരക്ഷാ മിഷൻ ഏറ്റെടുക്കുന്ന ക്ഷേമ പരിപാടികൾക്കും വ്യക്തിഗത ആനുകൂല്യ പദ്ധതികൾക്കും ഫണ്ട് സ്വരൂപിക്കാനുള്ള ഒരു ധനാഗമമാർഗ്ഗമായിട്ടാണ് ഈ പദ്ധതി രൂപപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ളത്. ആരോഗ്യ, സാമൂഹ്യ, മാനസിക പരിചരണം ലഭിക്കാൻ നിർവ്വാഹമില്ലാത്തതോ അതിന് തീരെ നിവർത്തിയില്ലാത്തതോ ആയ കേരളത്തിലെ ജനങ്ങളുടെ വിവിധങ്ങളായ ആവശ്യങ്ങൾ നിറവേറ്റാൻ തക്കവിധത്തിൽ അടിസ്ഥാന ഫണ്ട് കണ്ടെത്താനുള്ള ഒരു ഉദ്യമമാണ് ഈ പദ്ധതി. ഇപ്രകാരം സമാഹരിക്കുന്ന തുക സമൂഹത്തിൽ പാർശ്വവൽക്കരിക്കപ്പെട്ട ജനവിഭാഗങ്ങളുടെ ചികിത്സ, സാമ്പത്തിക സഹായം, ജീവനോപാധി കണ്ടെത്തുവാനുള്ള സഹായം, പഠന സഹായം തുടങ്ങിയവയ്ക്കായി വിനിയോഗിക്കുന്നു.

വീകെയർ പദ്ധതി പ്രകാരം സ്വരൂപിക്കുന്ന ഫണ്ട് വിനിയോഗിച്ച് അർഹരായ രോഗികൾക്ക് കിഡ്നി/ലിവർ ട്രാൻസ്പ്ലാന്റേഷൻ, ബോൺമാരോ ട്രാൻസ്പ്ലാന്റേഷൻ, ബ്രെയിൻ സ്റ്റീമുലേഷൻ സർജറി, കാർഡിയാക് സർജറി, ഇടുപ്പെല്ല്/മുട്ട് മാറ്റിവയ്ക്കൽ സർജറി, ഹോർമോൺ തെറാപ്പി കൂടാതെ സഹായ ഉപകരണങ്ങൾ എന്നിവ ഈ പദ്ധതി പ്രകാരം നൽകിവരുന്നു.

പദ്ധതി മാനദണ്ഡം

- അപേക്ഷകൻ ബി.പി.എൽ കുടുംബാംഗമായിരിക്കണം.
- വീകെയർ പദ്ധതിയിൽ ലഭിക്കുന്ന അപേക്ഷകളിന്മേൽ അന്വേഷണം നടത്തുകയും ലഭ്യമാകുന്ന റിപ്പോർട്ടിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ വീകെയറിന്റെ വിവിധ കമ്മിറ്റികളിൽ പരിഗണിക്കുകയും കമ്മിറ്റി തീരുമാനത്തിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ തുടർ നടപടി സ്വീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.
- വീകെയർ പദ്ധതിയിൽ അപേക്ഷിക്കുന്നതിനായി വെള്ള പേപ്പറിൽ തയ്യാറാക്കിയ അപേക്ഷയോടൊപ്പം റേഷൻകാർഡ്, ആധാർ കാർഡ്, വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ്, ചികിത്സ സംബന്ധിച്ച രേഖകൾ എന്നിവയുടെ പകർപ്പ് തപാൽ മുഖേനയോ

നേരിട്ടോ കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർക്ക് നൽകേണ്ടതാണ്.

12. ജുവനൈൽ ഡയബറ്റീസ് ബാധിച്ച കുട്ടികൾക്കുള്ള സാമൂഹ്യസഹായ പദ്ധതി

(മിഠായി)

Type 1 Diabetic ബാധിച്ച കുട്ടികൾക്കും കൗമാരക്കാർക്കും സമഗ്ര പരിരക്ഷ നൽകുന്നതിന് കേരള സാമൂഹ്യസുരക്ഷാ മിഷൻ ആവിഷ്കരിച്ച സമഗ്ര പദ്ധതിയാണ് 'മിഠായി'. ടി പദ്ധതിയിൽ continuous glucose monitoring, insulin pen/pump എന്നിവ നൽകുകയും കൗൺസിലിംഗും മാതാപിതാക്കൾക്ക് പരിശീലനവും മറ്റ് സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാസംവിധാനങ്ങൾ ഉൾപ്പെടെ 6 ഘടകങ്ങൾ ഉൾപ്പെടുന്ന ഒരു ബൃഹത് പദ്ധതിയാണിത്. ടി പദ്ധതിയുടെ ഭാഗമായി തിരുവനന്തപുരം, ആലപ്പുഴ, കോഴിക്കോട്, തൃശ്ശൂർ, കോട്ടയം എന്നീ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിൽ പ്രത്യേക Type 1 ഡയബറ്റിക് ക്ലിനിക്കുകൾ ആരംഭിച്ചിട്ടുണ്ട്. ടി ആശുപത്രികളിൽ ആരംഭിച്ച ഡയബറ്റീസ് സെന്ററുകളിൽ ഒരു എം.എസ്.സി നഴ്സിന്റെയും ഡയറ്റീഷ്യന്റെയും സേവനം ലഭ്യമാക്കിയിട്ടുണ്ട്. ഈ പദ്ധതിയിൽ രജിസ്റ്റർ ചെയ്തിട്ടുള്ള 1200 കുട്ടികളിൽ 1072 പേർക്ക് insulin pen ലഭ്യമാക്കിയിട്ടുണ്ട്.

പദ്ധതി മാനദണ്ഡം

- . ടി പദ്ധതി അപേക്ഷ ഓൺലൈൻ മുഖേനയാണ് സ്വീകരിക്കുന്നത്. www.mittayi.org എന്ന വെബ്സൈറ്റ് വഴി പദ്ധതിയിൽ രജിസ്റ്റർ ചെയ്യാവുന്നതാണ്.
- 18 വയസ്സിന് താഴെ പ്രായമുള്ളവരായിരിക്കണം പദ്ധതി ഗുണഭോക്താക്കൾ.
- അപേക്ഷകന്റെ വാർഷിക കുടുംബ വരുമാനം 2 ലക്ഷത്തിൽ താഴെ ആയിരിക്കണം.
- അപേക്ഷകൻ/ രക്ഷകർത്താവ് കേരളത്തിലെ സ്ഥിരതാമസക്കാരായിരിക്കണം.
- Type 1 ഡയബറ്റീസ് രോഗ നിർണ്ണയത്തെ കുറിച്ചും പദ്ധതിയുടെ കീഴിൽ ശുപാർശ ചെയ്യുന്ന ചികിത്സാ രീതിയെ കുറിച്ചും എംപാനൽഡ് ഡോക്ടർ കുട്ടി/ കൗമാരക്കാർക്ക് സർട്ടിഫിക്കറ്റ് നൽകിയിരിക്കണം.
- ചികിത്സ ആരംഭിക്കുന്നതിന് മുൻപ് കുട്ടിയുടെ/കൗമാരക്കാരുടെ മാതാപിതാക്കൾ ടി വിവരം അറിഞ്ഞുള്ള സമ്മതപത്രത്തിൽ ഒപ്പിടാൻ തയ്യാറായിരിക്കണം.
- കുട്ടിയുടെ/കൗമാരക്കാരുടെ മാതാപിതാക്കൾ റസിഡൻഷ്യൽ ഡയബറ്റിക് ക്യാമ്പുകൾ ഉൾപ്പെടെയുള്ള നിർബന്ധിത പരിശീലനത്തിന് തയ്യാറായിരിക്കണം.
- നിശ്ചിത മാതൃകയിലുള്ള അപേക്ഷ ബന്ധപ്പെട്ട രേഖകൾ സഹിതം അപേക്ഷ ഓൺലൈൻ മുഖേനയാണ് സ്വീകരിക്കുന്നത്. www.mittayi.org എന്ന വെബ്സൈറ്റ് വഴി പദ്ധതിയിൽ രജിസ്റ്റർ ചെയ്യാവുന്നതാണ്.

13. സ്റ്റേറ്റ് ഇനിഷ്യേറ്റീവ് ഓൺ ഡിസെമ്പിലിറ്റീസ്

അംഗപരിമിത മേഖലയിൽ അനിവാര്യമായ ഇടപെടലുകൾ നടത്തുന്നതിനും സംസ്ഥാനത്തെ അംഗപരിമിത സൗഹൃദമാക്കുന്നതിനും വേണ്ടി 'അനുയാത്ര' എന്ന പേരിലുള്ള ഒരു സമഗ്ര പരിപാടി കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ (എസ്.ഐ.ഡി)

നടപ്പാക്കി വരികയാണ്. അംഗപരിമിത മേഖലയിൽ നടപ്പാക്കേണ്ട പ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങൾ മുതൽ പുനരധിവാസം വരെയുള്ള “ജീവിത ചക്ര സമീപനമാണ്” അനുയാത്രയിൽ സ്വീകരിച്ചിട്ടുള്ളത്. അംഗപരിമിത മേഖലയിലെ അന്താരാഷ്ട്ര കാഴ്ചപ്പാടുകൾക്കും സമീപനങ്ങൾക്കും അനുസൃതമായും 2016-ലെ അംഗപരിമിതരുടെ അവകാശ നിയമത്തിനനുസൃതമായുമാണ് അനുയാത്ര പദ്ധതികൾ ആസൂത്രണം ചെയ്ത് ഘട്ടം ഘട്ടമായി നടപ്പാക്കുന്നത്. അനുയാത്രയുടെ ഭാഗമായി നടപ്പിലാക്കിയ പ്രവർത്തനങ്ങൾ ചുവടെ ചേർക്കുന്നു. വ്യക്തിഗത അപേക്ഷകൾ സ്വീകരിച്ച് ആനുകൂല്യങ്ങൾ നൽകുന്ന പദ്ധതികൾ ഒന്നും തന്നെ നിലവിൽ സ്റ്റേറ്റ് ഇനിഷ്യേറ്റീവ് ഓൺ ഡിസെമ്പിലിറ്റീസ് നടപ്പിലാക്കുന്നില്ല.

1. ഡിസ്ട്രിക്റ്റ് ഏർജി ഇന്റർവെൻഷൻ സെന്റർ

- വൈകല്യങ്ങൾ എത്രയും നേരത്തെ കണ്ടെത്തുന്നതിനും അനുയോജ്യമായ ഇടപെടൽ നടത്തുന്നതിനുമായി ആധുനിക സൗകര്യങ്ങളോടു കൂടിയ ജില്ലാ പ്രാരംഭ ഇടപെടൽ കേന്ദ്രങ്ങളുടെ നിർമ്മാണം കൊല്ലം, തൃശ്ശൂർ, മലപ്പുറം, കണ്ണൂർ, വയനാട് എന്നീ ജില്ലകളിൽ പൂർത്തിയാക്കിയിട്ടുണ്ട്.
 - നിർമ്മാണം പൂർത്തിയായ കൊല്ലം, തൃശ്ശൂർ, മലപ്പുറം, കണ്ണൂർ, വയനാട് ജില്ലകളിലെ ജില്ലാ പ്രാരംഭ ഇടപെടൽ കേന്ദ്രങ്ങളിൽ ആവശ്യമായ ഉപകരണങ്ങളും ഫർണിച്ചറുകളും ലഭ്യമാക്കിയിട്ടുണ്ട് .
 - വൈകല്യങ്ങൾ എത്രയും നേരത്തെ കണ്ടെത്തുന്നതിനും അനുയോജ്യമായ ഇടപെടൽ നടത്തുന്നതിനുമായി സംസ്ഥാനത്തെ അഞ്ച് മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിൽ (തിരുവനന്തപുരം, ആലപ്പുഴ, കോട്ടയം, തൃശ്ശൂർ, കോഴിക്കോട്) റീജിയണൽ ഏർജി ഇന്റർവെൻഷൻ സെന്ററുകൾ പ്രവർത്തിച്ചുവരുന്നു. അംഗപരിമിതരുടെ സ്ക്രീനിംഗ്, ഏർജി ഇന്റർവെൻഷൻ, പരിശീലനങ്ങൾ തുടങ്ങിയവ ഈ സെന്ററുകളിലൂടെ ലഭ്യമാക്കുന്നു.
 - ഗ്രാമപ്രദേശങ്ങളിലുള്ള അംഗപരിമിതരായവർക്ക് അവരുടെ വീടിനടുത്തു വെച്ചു തന്നെ തുടർച്ചയായി തെറാപ്പികൾ നൽകുന്നതിനായി 25 മൊബൈൽ ഇന്റർവെൻഷൻ യൂണിറ്റുകൾ പ്രവർത്തിച്ചു വരുന്നു.
 - അനുയാത്ര പദ്ധതിയുടെ കീഴിൽ വരുന്ന വിവിധ പരിപാടികളുടെ ജില്ലാതലത്തിലെ നടത്തിപ്പും ഏകോപനവും നിരീക്ഷണത്തിനും വിലയിരുത്തുന്നതിനുമായി ജില്ലാതല കോർഡിനേറ്റർമാർ പ്രവർത്തിച്ചു വരുന്നു.
 - അംഗപരിമിതർക്ക് ആവശ്യമായ വിവരങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കുന്നതിനും ഇവരുടെ വിവിധ ആവശ്യങ്ങൾ പരിഹരിക്കുന്നതിനുമുള്ള സംവിധാനമായി പ്രവർത്തിക്കുന്നതിനും വേണ്ടി കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷന്റെ ഓഫീസിൽ ഒരു ഹെൽപ്പ് ഡെസ്ക് പ്രവർത്തിച്ചു വരുന്നു.
 - അനുയാത്രാ പദ്ധതിയുടെ പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ ഗുണഫലങ്ങൾ അർഹതപ്പെട്ടവരിൽ എത്തിക്കുന്നതിനായി വ്യാപകമായ പ്രചരണ പ്രവർത്തനങ്ങൾ, ബോധവൽക്കരണ പരിപാടികൾ, എന്നിവ നടപ്പാക്കുന്നതിനായി വിവര വിദ്യാഭ്യാസ വ്യാപന പ്രവർത്തനങ്ങൾ നടന്നു വരുന്നു.

- അനുയാത്രയുടെ ഭാഗമായി ബുദ്ധിപരമായ വെല്ലുവിളികൾ നേരിടുന്ന കുട്ടികൾക്കായി ജില്ലാ തലത്തിൽ മോഡൽ ചൈൽഡ് റീഹാബിലിറ്റേഷൻ സെന്ററുകൾ മട്ടന്നൂർ, മാടായി, എരിഞ്ഞോളി, താനാളൂർ എന്നിവിടങ്ങളിൽ സ്ഥാപിക്കുന്നതിനുള്ള നടപടികൾ അവസാന ഘട്ടത്തിലാണ്.

പ്രീ സ്കൂൾ തലത്തിൽ തന്നെ ബുദ്ധിമാന്ദ്യം, വളർച്ചാ വികാസ താമസം തുടങ്ങിയവ കണ്ടെത്തി അനുയോജ്യമായ പരിചരണങ്ങൾ നൽകുന്നതിനും ഇത്തരം കുട്ടികളിൽ പരമാവധി പേരെ സാധാരണ സ്കൂളുകളിൽ അയക്കുന്നതിനും വേണ്ട ഇടപെടലുകൾ നടത്തുന്നതിനായി സ്പെഷ്യൽ എഡ്യൂക്കേറ്റേഴ്സിന്റെ സേവനത്തോടു കൂടിയ സ്പെഷ്യൽ അങ്കണവാടികളുടെ പ്രവർത്തനം കോഴിക്കോട് ജില്ലയിൽ നടന്നുവരുന്നു.

2. Universal Hearing Screening - 2235-02-101-69 (04)P

- നവജാത ശിശുക്കളുടെ കേൾവി പരിശോധന കേരളത്തിലെ പ്രസവം നടക്കുന്ന എല്ലാ സർക്കാർ ആശുപത്രികളിലും ലഭ്യമാക്കിയിട്ടുണ്ട്. ഒ.എ ഇ സ്ക്രീനർ ഉപയോഗിച്ചുള്ള പരിശോധനയിൽ വിദഗ്ധ പരിശോധന ആവശ്യമുള്ള ശിശുക്കളെ റഫർ ചെയ്തുവരുന്നു.

3. Autism Spectrum Disorders - 2235-02-101-69(07) P

- സംസ്ഥാനത്തെ ഗവ.മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിലും, (തിരുവനന്തപുരം, ആലപ്പുഴ, കോട്ടയം, തൃശ്ശൂർ, കോഴിക്കോട്, മഞ്ചേരി) കോഴിക്കോട് IMHANS - ലും ഓട്ടിസം സെന്ററിലൂടെ ഓട്ടിസം സ്ക്രീനിംഗ്, വിവിധ തെറാപ്പികൾ, പരിശീലനങ്ങൾ, കൗൺസിലിംഗ്, വൈദ്യസേവനങ്ങൾ എന്നിവ നടപ്പിലാക്കി വരുന്നു.
- ഓട്ടിസം ഉൾപ്പെടെ ബുദ്ധിപരമായ വെല്ലുവിളികൾ നേരിടുന്ന കുട്ടികൾക്ക് വീടുകളിൽ തന്നെ ശാസ്ത്രീയ പരിചരണങ്ങളും തെറാപ്പികളും ലക്ഷ്യമാക്കുന്നതിന് ഉതകും വിധം മാതാപിതാക്കൾക്ക് പരിശീലനം നൽകുന്ന പേരന്റൽ എംപവർമെന്റ് പ്രോഗ്രാം മലപ്പുറം ജില്ലയിൽ നടന്നുവരുന്നു.

ഓട്ടിസം മേഖലയിൽ ആധുനികവും ശാസ്ത്രീയവും ആയ പുനരധിവാസ പ്രവർത്തനങ്ങളും, ഓട്ടിസം മേഖലയിലെ പഠന ഗവേഷണങ്ങൾക്കും, പരിശീലനങ്ങളും നടത്തുന്നതിനുമായി തൃശ്ശൂർ ഇരിങ്ങാലക്കുടയിലുള്ള നാഷണൽ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഓഫ് ഫിസിക്കൽ മെഡിസിൻ ആന്റ് റിഹാബിലിറ്റേഷൻ (NIPMR) ആധുനിക സംവിധാനങ്ങളോടു കൂടിയ റീജിയണൽ ഓട്ടിസം റിഹാബിലിറ്റേഷൻ ആന്റ് റിസർച്ച് സെന്റർ പ്രവർത്തിച്ചുവരുന്നു.

4. Training, Workshop and New Initiatives - 2235-02-101-69(08)P

- ശരീരത്തിലെ നട്ടെല്ലിനേയും സന്ധികളേയും ബാധിക്കുന്നതും നട്ടെല്ലിനെ ദുഃസ്ഥിതിയാക്കി ചലനശേഷിയെ ബാധിക്കുകയും ക്രമേണ വൈകല്യത്തിലേക്ക് നയിക്കുകയും ചെയ്യുന്ന രോഗമായ Ankylosing Spondylitis ബാധിച്ചവർക്കായുള്ള ചികിത്സാ പദ്ധതി ആരംഭിച്ചിട്ടുണ്ട്.

- തിരുവനന്തപുരം സർക്കാർ മാനസികാരോഗ്യ കേന്ദ്രത്തിൽ ചികിത്സയിൽ കഴിയുന്നവർക്ക് കുടുംബാംഗങ്ങളെ കൂടി കൂടെ നിർത്തി ചികിത്സയുടെ ഭാഗമാക്കുന്നതിനുള്ള പദ്ധതിയുടെ ഭാഗമായുള്ള കെട്ടിടനിർമ്മാണം അവസാന ഘട്ടത്തിലാണ്.
- National Institute of Physical Medicine and Rehabilitation ൽ കോവിഡ് നിയന്ത്രണം മൂലം തെരാപ്പി സൗകര്യങ്ങൾക്കായി എത്തിച്ചേരാൻ സാധിക്കാത്തവർക്കായി ഓൺലൈനിലൂടെ തെരാപ്പി ലഭ്യമാക്കുന്ന പദ്ധതി.
- സോഷ്യൽ ഫാമിംഗ്, ഹോർട്ടികൾച്ചറൽ തെരാപ്പി എന്നിവയിലൂടെ ഭിന്നശേഷിയുള്ള കുട്ടികളെ ശാക്തീകരിക്കുന്നതിനായി വെള്ളായണി കാർഷിക സർവ്വകലാശാലയിൽ ഭിന്നശേഷിക്കാരായ കുട്ടികൾക്ക് ഉദ്യാന പരിപാലന ചികിത്സയിലൂടെ സ്വയം പര്യാപ്തതയിലേക്ക് എത്തിക്കുന്ന പദ്ധതി നടപ്പിലാക്കി വരുന്നു.
- വൈകല്യമുള്ള കുഞ്ഞുങ്ങളുടെ മാതാപിതാക്കൾക്കായി കൗൺസിലിംഗും മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശവും നൽകുന്ന പദ്ധതി നാഷണൽ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഓഫ് സ്പീച്ച് ആന്റ് ഹിയറിംഗുമായി സഹകരിച്ച് നടപ്പിലാക്കി വരുന്നു.
- ഭിന്നശേഷിക്കാർക്കായി സഞ്ചാര സ്വാതന്ത്ര്യവും സഹായ ഉപകരണങ്ങളുടെയും ലഭ്യതയും പരിശീലനവും ഉറപ്പുവരുത്തുന്നതിനായി National Institute of Physical Medicine and Rehabilitation ൽ സെന്റർ ഫോർ മൊബിലിറ്റി ആന്റ് അസിസ്റ്റീവ് ഡിവൈസസ് ആരംഭിച്ചിട്ടുണ്ട്.
- തിരുവനന്തപുരം ഗവ.മെഡിക്കൽ കോളേജിൽ കേൾവിക്കുറവുള്ള കുട്ടികൾക്കായി സ്പീച്ച് തെരാപ്പിയും മറ്റ് അനുബന്ധ ആധുനിക സൗകര്യങ്ങളും ഉള്ള ആഡിറ്ററി വെർബൽ തെരാപ്പി സെന്റർ സ്ഥാപിക്കുന്നതിനുള്ള നടപടികൾ അവസാന ഘട്ടത്തിലാണ്.

5. Assistance to National Institute of Physical Medicine and Rehabilitation - 2235-02-101-69(10) P

- സെറിബ്രൽ പാൾസി, ചലന വൈകല്യം എന്നിവയുള്ള കുട്ടികളുടെയും മുതിർന്നവരുടെയും ചലനങ്ങൾ വിലയിരുത്തി ആവശ്യമായ ചികിത്സ, തെരാപ്പി എന്നിവ നൽകുന്നതിലേക്ക് ഇൻസ്ട്രുമെന്റഡ് ഗൈറ്റ് ആന്റ് മോഷൻ അനാലിസിസ് ലാബ്, നാഷണൽ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഓഫ് ഫിസിക്കൽ മെഡിസിൻ ആന്റ് റിഹാബിലിറ്റേഷനിൽ ആരംഭിച്ചിട്ടുണ്ട്.
- ഭിന്നശേഷിക്കാർക്ക് ആവശ്യമായ വെർച്വൽ റിഹാബിലിറ്റേഷൻ നൽകുന്നതിനുള്ള കമ്പ്യൂട്ടർ സാങ്കേതിക വിദ്യയുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ വിർച്വൽ റിയാലിറ്റി, ഓഗ്മെന്റഡ് റിയാലിറ്റി പരിശീലനം നൽകുന്ന വെർച്വൽ റിയാലിറ്റി റിഹാബിലിറ്റേഷൻ സിസ്റ്റം നാഷണൽ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഓഫ് ഫിസിക്കൽ മെഡിസിൻ ആന്റ് റിഹാബിലിറ്റേഷനിൽ ആരംഭിച്ചിട്ടുണ്ട്.
- ഭിന്നശേഷിക്കാർക്ക് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനായി തടസ്സരഹിത പ്രവേശനവും സഞ്ചാരവും ഉറപ്പാക്കുന്നതിനായി പ്രത്യേകം തയ്യാറാക്കിയ ആംബുലൻസ് സർവ്വീസ് സേവനത്തിനായി വീൽ ട്രാൻസ് പ്രോജക്ട് നാഷണൽ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഓഫ് ഫിസിക്കൽ മെഡിസിൻ ആന്റ് റിഹാബിലിറ്റേഷനിൽ ആരംഭിച്ചിട്ടുണ്ട്.

- നാഡീ സംബന്ധമായ പ്രശ്നങ്ങൾ കാരണം ചലനശേഷിയിലും പ്രവർത്തന ക്ഷമതയിലും ബുദ്ധിമുട്ട് നേരിടുന്ന വ്യക്തികളെ ചികിത്സിക്കുന്ന ആധുനിക സംവിധാനമായ ന്യൂറോ ഫിസിയോതെറാപ്പി യൂണിറ്റ് നാഷണൽ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഓഫ് ഫിസിക്കൽ മെഡിസിൻ ആന്റ് റിഹാബിലിറ്റേഷനിൽ ആരംഭിച്ചിട്ടുണ്ട്.
- ഭിന്നശേഷിക്കാരുടെ കലാപരമായ കഴിവുകൾ വികസിപ്പിക്കുന്നതിനായി അവരുടെ സാമൂഹ്യ ഇടപെടൽ മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിനും സർഗ്ഗാത്മക ശേഷി വളർത്തുന്നതിനുമായി ആരംഭിച്ച ആർട്ട് എബിലിറ്റി സെന്ററിൽ ഒരു പോട്ടറി ആന്റ് സിറാമിക് യൂണിറ്റ് നാഷണൽ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഓഫ് ഫിസിക്കൽ മെഡിസിൻ ആന്റ് റിഹാബിലിറ്റേഷനിൽ ആരംഭിച്ചിട്ടുണ്ട്.

6. Programme for Prevention, early detection, Prophylaxis and Management of Disability due to Blood Related Disorders & Chronic Neurological Disorders -2235-60-200-72(24) P

- കേന്ദ്രനാഡീ വ്യവസ്ഥയെ ബാധിക്കുന്നതും നട്ടെല്ലിനും ഞരമ്പുകൾക്കും ക്ഷതം സംഭവിച്ച് ക്രമേണ വൈകല്യത്തിലേക്ക് നയിക്കുകയും ചെയ്യുന്ന രോഗമായ Multiple Sclerosis ബാധിച്ചവർക്കായുള്ള ചികിത്സാ പദ്ധതി.
- ഗെയ്റ്റ്, മോഷൻ അനാലിസിസ് എന്നിവ ഉൾപ്പെടെ ദീർഘകാല നാഡീവ്യൂഹ രോഗികളുടെ അവസ്ഥയും സേവനങ്ങളുടെ വിലയിരുത്തലിനും മാനേജ്മെന്റിനുമായുള്ള സ്റ്റേറ്റ് രജിസ്ട്രി തയ്യാറാക്കുന്നതിനുള്ള പദ്ധതി നിപ്മർ ആസ്ഥാനമാക്കി ആരംഭിച്ചിട്ടുണ്ട്.

7. Assistive Solutions for Person with Disabilities among flood victims - 2235-02-101-57 P

വെള്ളപ്പൊക്കത്തിൽ സഹായ ഉകരണങ്ങൾ നഷ്ടപ്പെടുപോയ ഭിന്നശേഷിക്കാർക്ക് NIPMR, വികലാംഗ ക്ഷേമ കോർപ്പറേഷൻ എന്നീ സ്ഥാപനങ്ങളുടെ സഹകരണത്തോടെ സഹായ ഉപകരണങ്ങൾ തയ്യാറാക്കി നൽകിയിട്ടുണ്ട്.

സാമൂഹ്യ നീതി വകുപ്പ്
കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ

(ആശ്വാസ കിരണം പദ്ധതി)

മാനസിക/ശാരീരിക വെല്ലുവിളികൾ മൂലം അവശതയുള്ളവരെ പരിചരിക്കുന്നവർക്ക്
ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷ ഫോറം

- 1. അപേക്ഷകന്റെ (പരിചാരകന്റെ) പേര് :
- എ) ബാങ്ക് അക്കൗണ്ടിൽ രേഖപ്പെടുത്തിയത് പ്രകാരം
(മലയാളത്തിലും ഇംഗ്ലീഷ് വലിയ അക്ഷരത്തിലും) :
- ബി) അപേക്ഷകന്റെ (പരിചാരകന്റെ) പൂർണ്ണ മേൽവിലാസം
പിൻകോഡ് സഹിതം :
- സി) ബ്ലോക്കിന്റെ പേര് :
- ഡി) പഞ്ചായത്ത്/മുനിസിപ്പാലിറ്റി/കോർപ്പറേഷൻ(പേര്) :
- ഇ) അപേക്ഷകന്റെ (പരിചാരകന്റെ) ജനന തീയതിയും വയസും :
- എഫ്) അപേക്ഷകൻ (പരിചാരകന്റെ) മൊബൈൽ നമ്പർ :
- ജി) സ്ത്രീയോ/പുരുഷനോ :

- 2. എ) പരിചരിക്കപ്പെടുന്ന(അവരത്ത് അനുഭവിക്കുന്ന വ്യക്തി)
ആളുടെ പേര്(മലയാളത്തിലും ഇംഗ്ലീഷ് വലിയ
അക്ഷരത്തിലും) :
- ബി) പരിചരിക്കുന്ന ആളുടെ പൂർണ്ണമായ മേൽ വിലാസം
പിൻകോഡ് സഹിതം :
- സി) പരിചരിക്കപ്പെടുന്ന ആളുടെ ജനനതീയതിയും വയസും :
- ഡി) അപേക്ഷകനുമായുള്ള ബന്ധം :

3. *പരിചരിക്കപ്പെടുന്ന ആൾ ആശ്രയ/ബി.പി.എൽ കുടുംബത്തിൽ
പ്പെട്ട ആൾ ആണോ/ആശ്വാസകിരണം പദ്ധതിയനുസരിച്ചുള്ള
വരുമാന പരിധിയ്ക്കകത്തുള്ള കുടുംബാംഗമാണോ?(ആണെങ്കിൽ
തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ സ്ഥാപന അധികൃതരിൽ നിന്നുള്ള ബി.പി.എൽ
സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ കോപ്പി ഹാജരാക്കണം ആശ്രയ/ബി.പി.എൽ.
റേഷൻകാർഡിന്റെ കോപ്പി അല്ലെങ്കിൽ വില്ലേജാഫീസിൽ നിന്നുള്ള
വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഹാജരാക്കണം)

*ബുദ്ധിമാന്ദ്യം, ഓട്ടിസം, സെറിബ്രൽ പാൾസി, മാനസികവൈകല്യം എന്നിവയ്ക്ക്
വരുമാന പരിധി ബാധകമല്ലാത്തതിനാൽ ഇത്തരക്കാരെ പരിചരിക്കുന്നവർക്ക്
വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ആവശ്യമില്ല

- 4. പരിചരിക്കപ്പെടുന്ന ആൾ മാനദണ്ഡ പ്രകാരമുള്ള
അവശതയുള്ള ആളാണോ?ആണെങ്കിൽ എന്താണ് അവശത?
(നിശ്ചിത മാതൃകയിലുള്ള മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് (പേജ്.3)
ഗവൺമെന്റ് ഡോക്ടർ നൽകുന്നത്)

5. എ) അപേക്ഷകൻ (പരിചാരകൻ) സർക്കാർ/അർദ്ധസർക്കാർ/
സ്ഥാപന ജീവനക്കാരനോ സർക്കാർ/പൊതുമേഖല
സ്ഥാപനങ്ങളിൽ നിന്നും പെൻഷൻ/ഹോണറേറിയം/
റച്ചുണരേഷൻ പറ്റുന്ന ആളാണോ? : അതെ/അല്ല
- ബി) ആണെങ്കിൽ പ്രതിമാസ വരുമാനം : _____
6. അപേക്ഷകന്റെ(പരിചാരകൻ) ക്ഷേമപെൻഷനുകൾ ലഭിക്കുന്ന
ആളാണോ? ആണെങ്കിൽ എത് പെൻഷൻ എന്നും പ്രതിമാസ
പെൻഷൻ എത്രയെന്നും വ്യക്തമാക്കുക.
7. അപേക്ഷകന്റെ പേരിൽ ബാങ്കിൽ ആരംഭിച്ച അക്കൗണ്ടിന്റെ വിവരങ്ങൾ
ബാങ്കിന്റെ പേര്
അക്കൗണ്ട് നമ്പർ
ഐ.എഫ്.എസ്.സി കോഡ്
8. അപേക്ഷകന്റെ(പരിചാരകൻ) ആധാർ കാർഡ് നമ്പർ
(ഇല്ലെങ്കിൽ ആധാർ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ)

സത്യപ്രസ്താവന

അപേക്ഷയിൽ പറയുന്ന പരിചരണം ആവശ്യമുള്ള ശ്രീ/ശ്രീമതി/കുമാരി.....
..... എന്നയാൾ എന്റെ പരിചരണത്തിലാണെന്നും ടിയാൾ മാനസിക/ശാരീരിക വെല്ലുവിളിമൂലം
അവശതയുള്ളയാണെന്നും അപേക്ഷയിൽ പറയുന്ന വിവരങ്ങൾ പൂർണ്ണമായും ശരിയാണെന്നും പ്രസ്താവന ചെയ്തുകൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം:
തീയതി:

അപേക്ഷകന്റെ പേരും ഒപ്പും:
പരിചരിക്കപ്പെടുന്ന ആളുടെ
പേരും ഒപ്പും

മാർഗ്ഗ നിർദ്ദേശങ്ങൾ

1. അപേക്ഷ പൂർണ്ണമായും പൂരിപ്പിച്ചിരിക്കണം. അപൂർണ്ണായ അപേക്ഷകൾ പരിഗണിക്കുന്നതല്ല.
2. സർക്കാർ, വയോമിത്രം, എൻ.ആർ.എച്ച്.എം.ഡോക്ടർമാർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഉള്ളടക്കം ചെയ്തിരിക്കണം. മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റിൽ ഓഫീസ് സീൽ പതിപ്പിച്ചിരിക്കണം, ഫോട്ടോയിൽ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ അറ്റസ്റ്റ് ചെയ്തിരിക്കണം.
3. വരുമാനം തെളിയിക്കാൻ ബി.പി.എൽ റേഷൻ കാർഡിന്റെ കോപ്പിയോ, പഞ്ചായത്ത്/മുനിസിപ്പാലിറ്റി/കോർപ്പറേഷൻ സെക്രട്ടറിയൽ നിന്നുള്ള ബി.പി.എൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് അല്ലെങ്കിൽ വില്ലേജ് ഓഫീസറിൽ നിന്നുള്ള വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഹാജരാക്കിയിരിക്കണം വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റിൽ കിടപ്പ് രോഗിയുടെ വരുമാനമാണ് പരിഗണിക്കുക.
4. അപേക്ഷകന്റെ ആധാർ കാർഡിന്റെ കോപ്പി അല്ലെങ്കിൽ ആധാർ രജിസ്ട്രേഷൻ സ്റ്റാമ്പിന്റെ കോപ്പി ഉള്ളടക്കം ചെയ്തിരിക്കണം.
5. അപേക്ഷകൾ ബന്ധപ്പെട്ട ശിശുവികസന പദ്ധതി ഓഫീസിൽ സമർപ്പിക്കേണ്ടതും കൈപ്പറ്റ് രസീത് വാങ്ങി സൂക്ഷിക്കേണ്ടതുമാണ്.
6. അപേക്ഷകന്റെ പേരിൽ നാഷണലൈസ്ഡ് ബാങ്കിൽ ആരംഭിക്കുന്ന ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ, ബാങ്കിന്റെ പേര്, ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്, ഐ.എഫ്.എസ്.സി. നമ്പർ എന്നിവ അപേക്ഷയിൽ നിർബന്ധമായും രേഖപ്പെടുത്തണം. ടി വിശദാംശമുള്ള പേജിന്റെ കോപ്പി അപേക്ഷയോടൊപ്പം ചേർക്കേണ്ടതാണ്.
7. എല്ലാമാസത്തേ അംഗൻവാടിവർക്കാര്മാരുടെ പ്രോജക്ട് മീറ്റിംഗിൽ ആശ്വാസകിരണം പദ്ധതി അവലോകനം ഉൾപ്പെടുത്തേണ്ടതും ഗുണഭോക്താക്കളിൽ മരണപ്പെട്ടവരുടെ ലിസ്റ്റ് അംഗൻവാടി വർക്കറിൽ നിന്നും നിശ്ചിത മാതൃകയിൽ ശേഖരിച്ച് 15-ാം തീയതിക്ക് മുമ്പ് ശിശുവികസന പദ്ധതി ഓഫീസർ കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർക്ക് അയ്ക്കേണ്ടതാണ്.
8. പരിചാരകനോ, പരിചരിക്കപ്പെടുന്ന വ്യക്തിയോ മരണപ്പെട്ടാൽ വിവരം 15 ദിവസത്തിനുള്ളിൽ ശിശുവികസന പദ്ധതി ഓഫീസറെ അറിയിക്കേണ്ടതാണ്.
9. മാർഗ്ഗ നിർദ്ദേശങ്ങളും കൈപ്പറ്റ് രസീതും അപേക്ഷകൻ സൂക്ഷിക്കേണ്ടതാണ്.
10. പഴയ മാതൃകയിലുള്ള അപേക്ഷ ഫോറം പരിഗണിക്കുന്നില്ല.

കൈപ്പറ്റ് രസീത്

ആശ്വാസകിരണം പദ്ധതി പ്രകാരമുള്ള ധനസഹായത്തിന് വേണ്ടി ശ്രീ/ശ്രീമതി..... തീയതി സമർപ്പിച്ച അപേക്ഷ ഈ കാര്യാലയത്തിൽ കൈപ്പറ്റിയിരിക്കുന്നു.

ശിശുവികസന പദ്ധതി ഓഫീസറുടെ പേരും ഒപ്പും തീയതിയും

ആശ്വാസകിരണം പദ്ധതി

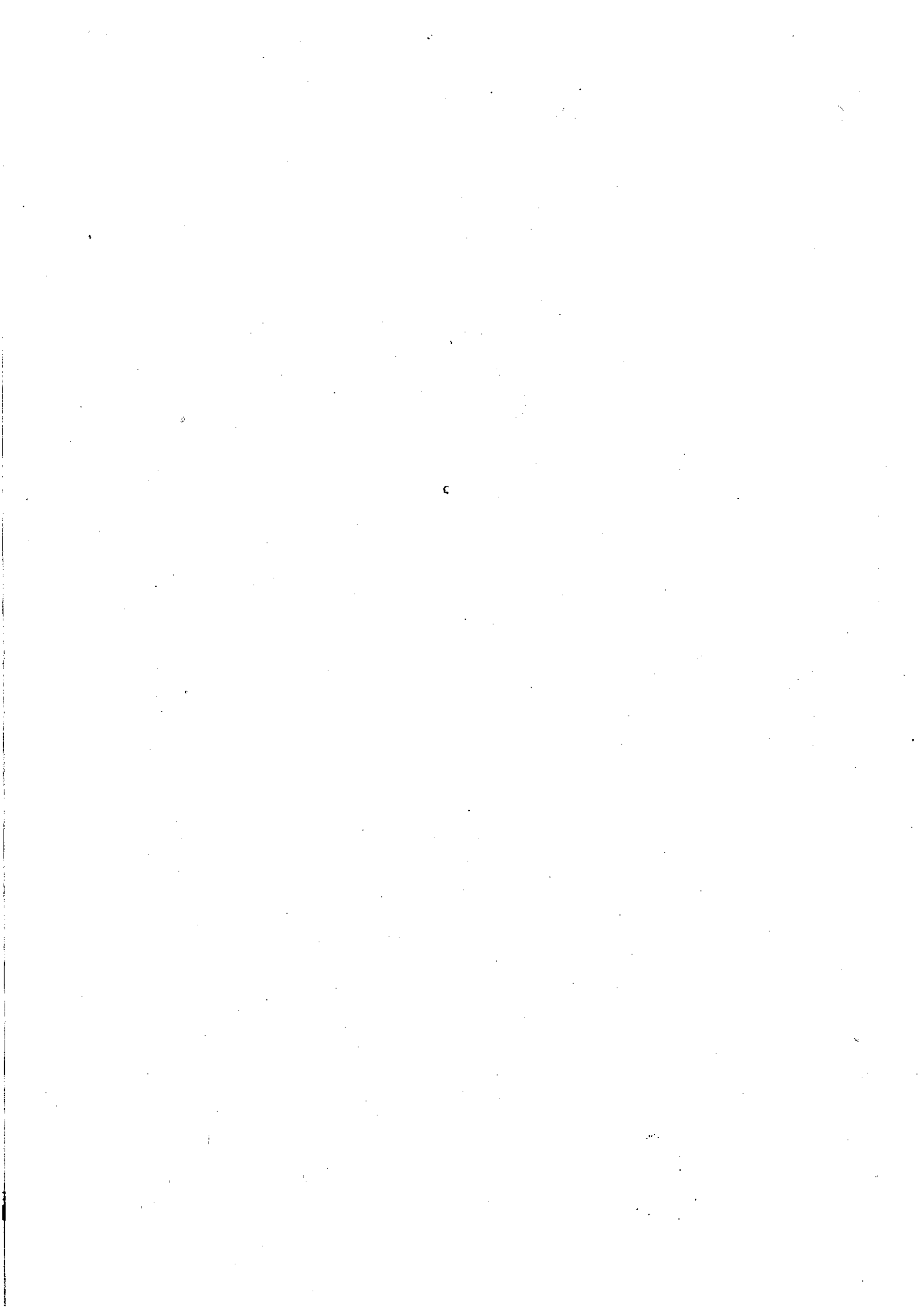
മരണ വിവരം റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുന്ന ഫോറം

ആശ്വാസകിരണം രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ

ആശ്വാസ	കിരണം	പദ്ധതി	ഗുണഭോക്താവായ	ശ്രീ/ശ്രീമതി	(പേരും
അ(ഡബ്ല്യു)..... എന്ന					

വ്യക്തി/മരണപ്പെട്ടതായി അറിയിക്കുന്നു. ആയതിനാൽ ശ്രീ/ശ്രീമതി..... എന്ന വ്യക്തിയ്ക്കുള്ള ധനസഹായം തുടരേണ്ടതില്ല എന്ന് അറിയിക്കുന്നു.

ശിശു വികസന പദ്ധതി ഓഫീസറുടെ പേരും ഒപ്പും തീയതിയും



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 :
വീട്ട്പേര്
വീട്ട് നമ്പർ
വാർഡ് നമ്പർ
പഞ്ചായത്ത്/മുനിസിപ്പാലിറ്റി/കോർപ്പറേഷൻ :
പോസ്റ്റ് ഓഫീസ് (നിർബന്ധം) :
ജില്ല, പിൻ നമ്പർ :
- 3. ഫോൺ നമ്പർ, : ലാന്റ് ഫോൺ/മൊബൈൽ :
- 4. അപേക്ഷകന്റെ വയസ്സും, ജനനതീയതിയും :
- 5. സ്ത്രീയോ/പുരുഷനോ :
- 6. രോഗി ബി.പി.എൽ കുടുംബാംഗമാണോ :
(തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ സ്ഥാപനത്തിൽ നിന്നുള്ള ബി.പി.എൽ സാക്ഷ്യപത്രം/ഗസറ്റഡ് ആഫീസർ അറ്റസ്സ് ചെയ്ത ബി.പി.എൽ രേഖൻകാർഡ് 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 അന്വേഷണനം നടത്തുകയും 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 കൂടുംബാംഗമായിരിക്കണം.
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 ആഹ്വാനമായി 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

സാമൂഹ്യ നീതി വകുപ്പ്

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ

സമാശ്വാസം പദ്ധതി II

വ്യക്ത/കരൾ മാറ്റി വയ്ക്കൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു വിധേയരായ രോഗികൾക്ക് ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷാ ഫോറം

- 1. വിലാസം
- 2. വീട്ടുപേര്
- 3. വീട്ട് നമ്പർ
- 4. വാർഡ് നമ്പർ
- 5. പഞ്ചായത്ത്/മുനിസിപ്പാലിറ്റി/കോർപ്പറേഷൻ
- 6. പോസ്റ്റ് ഓഫീസ് (നിർബന്ധം)
- 7. ജില്ല, പിൻ നമ്പർ
- 8. ഫോൺ നമ്പർ, ലാന്റ് ഫോൺ/മൊബൈൽ
- 9. അപേക്ഷകന്റെ വയസ്സും, ജനനതീയതിയും
- 10. സ്ത്രീയോ/പുരുഷനോ
- 11. രോഗിയുടെ വാർഷിക വരുമാനം (വില്ലേജ് ഓഫീസിൽ നിന്നും ലഭിക്കുന്ന വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ്/ബി.പി.എൽ. രേഷൻ കാർഡിന്റെ കോപ്പി/ബി.പി.എൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് നോക്കിക്കുക)

- 12. (ബി), ശസ്ത്രക്രിയ ചെയ്ത ഡോക്ടറുടെ പേര്
- 13. (സി), ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തിയ ആശുപത്രിയുടെ പേര്
- 14. (ഡി) ഇപ്പോൾ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടറുടെ പേര്
- 15. (ഇ) ഇപ്പോൾ ചികിത്സിക്കുന്ന ആശുപത്രിയുടെ പേര്

- 16. നിലവിൽ സമാശ്വാസം പദ്ധതിയുടെ ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്നുണ്ടോ? ഇല്ലെങ്കിൽ എന്തു കാര്യം
- 17. രോഗിയുടെ പേരിൽ സാക്ഷാൽ ലെസ്ഡ് ബന്ധിൻ്റെ ആരംഭിച്ചിട്ടുള്ള അക്കൗണ്ടിൻ്റെ വിശദാംശം
 - (എ) അക്കൗണ്ടിൻ്റെ നമ്പർ
 - (ബി) അക്കൗണ്ടിൻ്റെ പേര്
 - (സി) ബാങ്കിൻ്റെ പേര്
 - (ഡി), ഐ.എഫ്.എസ്.സി കോഡ് നമ്പർ
- 18. ആധാർ കാർഡ് നമ്പർ
 - (കാർഡ് ലഭിച്ചിട്ടില്ലെങ്കിൽ രജിസ്റ്റർ നമ്പർ)

സമാശ്വാസം പദ്ധതിയുടെ കീഴിൽ ശസ്ത്രക്രിയ ആഫീസിൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തലായ പകർപ്പ് ഉള്ളടക്കം ചൊയ്യേണ്ടതാണ്.

സത്യപ്രസ്താവന

മേൽപറഞ്ഞ കാര്യങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും സത്യമാണെന്നും ഞാൻ വ്യക്ത/കരൾ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയനായ രോഗിയാണെന്നും ഇപ്പോഴും തുടർ ചികിത്സയിലാണെന്നും ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം : അപേക്ഷകൻ്റെ പേരും ഒപ്പും.
തീയതി:

2
C

ആഫീസിലെ പദ്ധതി ആഫീസറുടെ അന്വേഷണ റിപ്പോർട്ട്

ശ്രീ/ ശ്രീമതി/ കുമാരി സമർപ്പിച്ച അപേക്ഷയും അനുബന്ധ രേഖകളും പരിശോധിക്കുകയും അപേക്ഷയിന്മേൽ ആവശ്യമായ അന്വേഷണനം നടത്തുകയും ഉണ്ടായി. ടിയാൻ/ ടിയാൾ..... തീയതിയിൽ

..... ആശുപത്രിയിൽ വയസ്സ് മാറ്റി വയ്ക്കൽ

..... പേര് :

ആഫീസ് മുദ്ര

..... ഐ.സി.ഡി.എസ്. പ്രൊജക്ട്

ജില്ല

ആഫീസ് ഹോൺബ്ലിസ്

സ്ഥലം :

തീയതി :

കേരള സാമൂഹ്യ സൗകര്യ മിഷൻ റിജിയണൽ ഡയറക്ടറുടെ തീരുമാനം

ശ്രീ/ ശ്രീമതി/ കുമാരി എന്നയാൾക്ക് (..... രീതി രേഖണം)

തീയതി :

റിജിയണൽ ഡയറക്ടർ



(അപേക്ഷകർ ഈ രൂപത്തിൽ പരിശോധിക്കാൻ എടുത്ത് സൂക്ഷിക്കുക.)



Medical Certificate

(Name and Address of Patient)

has undergone renal transplantation/ liver transplantation on.....
(Date/month/year). And he/she requires regular treatment for
month / years/ lifelong.

Place :
Date :
Seal :

Signature :
Name:
Reg. No:
Name of Hospital & Designation:

(ആദ്യ അപേക്ഷകർക്ക് ശേഷം ഓരോ ആറ് മാസത്തിലും പരിപൂർണ്ണ നൽകേണ്ടത്.)

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

Medical Certificate and Life Certificate

(Name and Address of the Patient)

has undergone regular treatment and he/ she is alive on this day / month of 20.....
and he/ she requires further treatment for month / year/lifelong.

Seal.

Signature :
Name:
Designation:
Reg. No:
Name of Hospital :



(അപേക്ഷകർ ഈ പേജിന്റെ ഹോട്ടോസ്റ്റാർ എടുത്ത് സൂക്ഷിക്കുക)

മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ

1. അപേക്ഷകർ വ്യക്ത/കരൾ മാറ്റി വയ്ക്കൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയമായി തുടർ പരീക്ഷകൾക്ക് പങ്കെടുക്കാനുള്ള തയ്യാറെടുപ്പുകൾ എടുക്കേണ്ടതാണ്.
2. അപേക്ഷകർ ഫിറോജിയാർപ്പോലുള്ള മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ നിശ്ചിത ഹോരത്തിൽ സർക്കാർ/സ്വകാര്യ ആശുപത്രിയിലെ വ്യക്ത/കരൾരോഗ വിദഗ്ദ്ധനിൽ നിന്നും സർട്ടിഫിക്കറ്റ് വാങ്ങി അപേക്ഷയോടൊപ്പം ചേർക്കേണ്ടതാണ്.
3. അപേക്ഷകന്റെ ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റും തുടർചികിത്സാ സർട്ടിഫിക്കറ്റും സർക്കാർ/സ്വകാര്യ ആശുപത്രിയിലെ വ്യക്തരോഗ വിദഗ്ദ്ധനിൽ നിന്നും ശേഖരിച്ച് 8 മാസത്തിലൊരിക്കൽ ഈ കാര്യാലയത്തിൽ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
4. അപേക്ഷകന്റെ പേരിൽ ആരംഭിക്കുന്ന ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ, ബാങ്കിന്റെ പേര്, ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്, IFSC കോഡ് നമ്പർ എന്നിവ അപേക്ഷയിൽ നിർബന്ധമായും രേഖപ്പെടുത്തണം. ടി വിശദാംശമുള്ള പേജിന്റെ കോപ്പി അപേക്ഷയോടൊപ്പം ചേർക്കേണ്ടതാണ്.
5. അപേക്ഷയിൽ ആവശ്യമായ മുഴുവൻ വിശദാംശങ്ങളും ചേർത്ത് ശിശുവികസന പദ്ധതി ആഫീസർക്ക് സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
6. ബന്ധപ്പെട്ട സി.ഡി.പി.ഒ മാർ അപേക്ഷയിൽ ഡോക്ടറുടെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്, ഡിസ്ചാർജ്ജ് ഷീറ്റിന്റെ ഗസറ്റഡ് ആഫീസർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ്, ഒറിജിനൽ വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ്/ബി.പി.എൽ റേഷൻ കാർഡിന്റെ അറ്റസ്റ്റഡ് കോപ്പി/തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപന അധികൃതരിൽ നിന്നുള്ള ബി.പി.എൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ബാങ്ക് പാസ്സ്ബുക്കിൽ മേൽവിലാസവും അക്കൗണ്ട് നമ്പരും രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ള പേജിന്റെ പകർപ്പ്, ആധാർ കാർഡിന്റെ കോപ്പി എന്നിവ ഉള്ളടക്കം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഉറപ്പു വരുത്തേണ്ടതാണ്.
7. ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റും തുടർ ചികിത്സാ സർട്ടിഫിക്കറ്റും ആദ്യ മാസത്തിലൊരിക്കൽ പേജിന്റെ കോപ്പി സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
8. അപേക്ഷാഹോരം ശിശുവികസന പദ്ധതി ആഫീസുകൾ,കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷന്റെ കോഴിക്കോട്ടുള്ള റീജിയണൽ ആഫീസ്, വയോമിത്രം ആഫീസുകൾ മിഷന്റെ ഹെഡ് ആഫീസ്, മിഷന്റെ വെബ്സൈറ്റ് എന്നിവിടങ്ങളിൽ നിന്നും ലഭിക്കുന്നതാണ്.

വിലാസം :

എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ,
 കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ,
 രണ്ടാംനില, വയോജന പകൽ പരിപാലന കേന്ദ്രം,
 പുല്ലൂർ, തിരുവനന്തപുരം - 695012
 ഫോൺ. 0471-2341200, 2348135



രജിസ്റ്റർ നം :

സാമൂഹ്യ നീതി വകുപ്പ്
കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ
സമാശ്വാസം പദ്ധതി III

ഹീമോഫീലിയ രോഗികൾക്ക് ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷ ഫോറം

1. അപേക്ഷകന്റെ പേര് :
2. മേൽവിലാസം :
വീട്ട് പേര്
വാർഡ് നമ്പർ
പഞ്ചായത്ത്/മുൻസിപ്പാലിറ്റി/കോർപ്പറേഷൻ
പോസ്റ്റ് ഓഫീസ് (നിർബന്ധം)
ജില്ല, പിൻ നമ്പർ.
3. ഫോൺ നമ്പർ : ലാന്റ് ഫോൺ / മൊബൈൽ :
4. അപേക്ഷകന്റെ വയസും ജനനതീയതിയും :
5. സ്ത്രീയോ / പുരുഷനോ :
6. ഇപ്പോൾ ചികിത്സിക്കുന്ന കേന്ദ്രം :
7. ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ :
8. (എ) ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ :
(ബി) ബാങ്കിന്റെ പേര്
(സി) ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്
(ഡി) ഐ.എഫ്.എസി. കോഡ് നമ്പർ :
- (ഇ) ഐ.എഫ്. എസി. കോഡ് നമ്പർ :
(വീണ്ടും എഴുതുക)
9. ആധാർ നമ്പർ / ആധാർ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ :

സത്യപ്രസ്താവന

മേൽ പറഞ്ഞ കാര്യങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും ബോധ്യത്തിലും ശരിയും സത്യവുമാണെന്നും ഞാൻ ഹീമോഫീലിയ രോഗിയാണെന്നും ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം :
തീയതി :

അപേക്ഷകന്റെ പേരും ഒപ്പും

MEDICAL CERTIFICATE FOR HAEMOPHILIA PATIENTS

(To be certified by specialise doctor from the Department of Medicine / Paediatrics /
Haematology, from a Government Medical College)



(To be signed by
Medical Officer)

This is to certify that Mr / Ms /Master / Kumari S/o
/ D/o(Address).....
..... is suffering from Haemophilia/ Haemophilia
related diseases due to deficiency of factor I hereby recommend
Mr/Mrs/Master/Kumari..... for monthly financial assistance from
Kerala Social Security Mission under Samashwasam III project.

Signature
Name
Designation
Register no:

Counter sign by Superintendent / Concerned HOD:

Office Seal

Place :
Date :

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ റീജിയണൽ ഡയറക്ടറുടെ തീരുമാനം

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

രജിസ്റ്റർ നമ്പർ :
തീയതി :

റീജിയണൽ ഡയറക്ടർ

(അപേക്ഷകർ ഈ പേജിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് എടുത്ത് സൂക്ഷിക്കുക)

MEDICAL CERTIFICATE AND LIFE CERTIFICATE FOR HAEMOPHILIA PATIENTS

This is to certify that Mr / Ms /Master / Kumari S/o
/D/o.....(Adress).....
..... has undergone regular treatment
and he/she is alive on this day...../.....month of 20....and she requires further treatment
for.....month/year/lifelong.

Signature
Name
Designation
Register no:

Office Seal

Place :
Date :

മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ

1. അപേക്ഷകൻ ഹീമോഫീലിയ അല്ലെങ്കിൽ അതിന്റെ അനുബന്ധ രോഗബാധിതനായിരിക്കണം.
2. ഗവൺമെന്റ് മെഡിക്കൽ കോളേജിലെ മെഡിസിൻ/ പീഡിയാട്രിക്സ്/ ഹെമറ്റോളജി ഡിപ്പാർട്ട്മെന്റിന്റെ മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് നിശ്ചിത ഫോറത്തിൽ അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഉള്ളടക്കം ചെയ്യേണ്ടതാണ്.
3. അപേക്ഷകന്റെ പേരിൽ ആരംഭിച്ച ബാങ്ക് പാസ്ബുക്കിന്റെ ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ, ബാങ്കിന്റെ പേര്, ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്, IFSC കോഡ് നമ്പർ എന്നിവയടങ്ങിയ പേജിന്റെ പകർപ്പ് അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്. അപേക്ഷകൻ പ്രായപൂർത്തിയാവാത്ത ആളാണെങ്കിൽ കുട്ടിയുടെയും രക്ഷിതാവിന്റെയും പേരിൽ സംയുക്തമായി ആരംഭിച്ച ബാങ്ക് അക്കൗണ്ടിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്.
4. ചികിത്സിക്കുന്ന സർക്കാർ ആശുപത്രിയിൽ നിന്നും ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റ് എല്ലാ ജനുവരി മാസത്തിലും ജൂൺ മാസത്തിലും മിഷന്റെ തിരുവനന്തപുരം ആസ്ഥാന ഓഫീസിലേക്ക് നേരിട്ട് അയച്ചു തരേണ്ടതാണ്. വിലാസം ചുവടെ ചേർക്കുന്നു. ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ലഭിക്കുന്ന മുറയ്ക്ക് മാത്രമേ തുടർന്നുള്ള മാസങ്ങളിലെ ധനസഹായം അനുവദിക്കുകയുള്ളൂ.
5. അപേക്ഷകൾ സംബന്ധിച്ചുള്ള എല്ലാ കത്തിടപാടുകളിലും കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷ മിഷനിൽ നിന്നും അനുവദിക്കുന്ന രജിസ്റ്റർ നമ്പർ നിർബന്ധമായും ചേർക്കേണ്ടതാണ്.
6. ആധാർ കാർഡ് ലഭിച്ചവർ ആയതിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് ഉള്ളടക്കം ചെയ്യണം. അല്ലാത്തവർ ആധാർ രജിസ്ട്രേഷൻ സ്ലിപ്പിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് കോപ്പി ഉള്ളടക്കം ചെയ്യേണ്ടതാണ്.
7. ആധാർ കാർഡ് ലഭിക്കാത്തവർ ഫോട്ടോ പതിച്ച ഏതെങ്കിലും അംഗീകൃത തിരിച്ചറിയൽ രേഖയുടെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് കോപ്പി ഉള്ളടക്കം ചെയ്യേണ്ടതാണ്.

വിലാസം :

എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ
കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ,
രണ്ടാംനില, വയോജന പകൽ പരിപാലന കേന്ദ്രം,
പൂജപ്പുര, തിരുവനന്തപുരം - 695012
ഫോൺ : 0471-2341200, 2348135

രജിസ്റ്റർ നം.

സാമൂഹ്യ നീതി വകുപ്പ്

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ

സംസ്ഥാനത്ത് ട്രൈബൽ വിഭാഗത്തിൽപ്പെടാത്ത സിക്കിൾസെൽ രോഗികൾക്ക് പ്രതിമാസ ധനസഹായം നൽകുന്ന പദ്ധതി.

- 1. അപേക്ഷകന്റെ പേര് :
- 2. മേൽവിലാസം :
- വീട്ടുപേര്
- വാർഡ് നമ്പർ
- പഞ്ചായത്ത്/മുനിസിപ്പാലിറ്റി/കോർപ്പറേഷൻ :
- പോസ്റ്റ് ഓഫീസ് (നിർബന്ധം) :
- ജില്ല, പിൻ നമ്പർ :
- 3. ഫോൺ നമ്പർ, : ലാന്റ് ഫോൺ/മൊബൈൽ :
- 4. അപേക്ഷകന്റെ വയസ്സും, ജനനതീയതിയും :
- 5. സ്ത്രീയോ/പുരുഷനോ :
- 6. അപേക്ഷകന്റെ മതം :
- ജാതി :
- (വില്ലേജ് ഓഫീസർ നൽകുന്ന ജാതി സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഹാജരാക്കുക)
- 7. രോഗ വിവരം :
- (HBSS/HBS കോമ്പിനേഷൻ ബാധിച്ച രോഗിയാണെന്നുള്ളത് സംബന്ധിച്ച് കോഴിക്കോട് പത്തോളജി വിഭാഗത്തിൽ നിന്നും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഹാജരാക്കുക
- 8. ദാരിദ്ര്യരേഖയ്ക്ക് താഴെയുള്ള കുടുംബങ്ങളിലെ രോഗബാധിതർ ആണെന്നുള്ള ബി.പി.എൽ റേഷൻ കാർഡിന്റെ പകർപ്പ്/ തദ്ദേശസ്വയംഭരണസ്ഥാപന മേധാവിയുടെ ബി.പി.എൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഇവയിലേതെങ്കിലും ഒന്നിന്റെ ഗസറ്റഡ് ആഫീസർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ് :
- 8. (എ). ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ :
- (പാസ്ബുക്കിന്റെ ആദ്യത്തെ പേജിന്റെ പകർപ്പ്)
- (ബി) ബാങ്കിന്റെ പേര് :
- (സി) ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര് :
- (ഡി). ഐ.എഫ്.എസ്. കോഡ് നമ്പർ :
- 10. ആധാർ നമ്പർ/ ആധാർ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ :

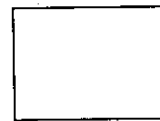
സത്യപ്രസ്താവന

മേൽപറഞ്ഞ കാര്യങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും ബോധ്യത്തിലും സത്യമാണെന്നും ഞാൻ (HBSS/HBS കോമ്പിനേഷൻ ബാധിച്ച രോഗിയാണെന്നും ഞാൻ പട്ടിക വർഗ്ഗ വിഭാഗത്തിൽ ഉൾപ്പെട്ട വ്യക്തി അല്ലെന്നും ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.*

സ്ഥലം :
തീയതി:

അപേക്ഷകന്റെ പേരും ഒപ്പും.

* (15 വയസ്സിന് താഴെയുള്ള കുട്ടികളാണെങ്കിൽ രക്ഷിതാവിന്റെ പേരും ഒപ്പും)



Photo

Medical Certificate

This is to Certified that (Name and Address of Patient).....

.....is suffering from Sickle cell disease which was conformed through (Name of the confirmation test) his status is HBSS*/ HBS Combination*/ Others (Specify)* He/She undergoing treatment from and requires lifelong treatment.

Place :	Signature :
Date :	Name :
	Reg. No :
Seal :	Designation :
Counter signed by HOD	Department of Pathology Medical College Hospital Kozhikode

*Mark (✓) against the applicable one.

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടറുടെ തീരുമാനം

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

രജിസ്റ്റർ നമ്പർ :

തീയതി :

എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ

(അപേക്ഷകർ ഈ പേജിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് എടുത്ത് സൂക്ഷിക്കുക)

ശിശു വികസന പദ്ധതി ഓഫീസർ നൽകേണ്ട ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

This is to certify that Mr./Mrs.
(Name and Address of Patient) is alive on this date

Signature :

Name :

Office Seal :

(ഈ പേജ് അപേക്ഷയോടൊപ്പം അയക്കേണ്ടതില്ല)

മാനദണ്ഡങ്ങൾ :

1. അപേക്ഷകന്റെ പേരിൽ നാഷണലൈസ്ഡ് ബാങ്കിൽ ആരംഭിക്കുന്ന ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ, ബാങ്കിന്റെ പേര്, ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്, IFS കോഡ് നമ്പർ എന്നിവ അപേക്ഷയിൽ നിർബന്ധമായും രേഖപ്പെടുത്തണം.
2. ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റ് മിഷന്റെ തിരുവനന്തപുരം ആസ്ഥാന ആഫീസിലേക്ക് നേരിട്ട് അയച്ചു തരേണ്ടതാണ്. വിലാസം ചുവടെ ചേർക്കുന്നു.
3. അപേക്ഷകൾ സംബന്ധിച്ചുള്ള എല്ലാ കത്തിടപാടുകളിലും രജിസ്റ്റർ നമ്പർ നിർബന്ധമായും ചേർക്കേണ്ടതാണ്.
4. ആധാർ കാർഡ് ലഭിച്ചവർ ആയതിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് അടക്കം ചെയ്യണം. അല്ലാത്തവർ ആധാർ രജിസ്ട്രേഷൻ സ്ലിപ്പിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് അടക്കം ചെയ്യണം.
5. അപേക്ഷകർ അറിവാൾ രോഗം (HBSS) ബാധിച്ചവരോ HBS Combination ബാധിച്ചവരോ ആണെന്ന് HPLC (High Performing Liquid Chromatography) വഴിയോ മറ്റ് ടെസ്റ്റുകൾ വഴിയോ ഉറപ്പ് വരുത്തിയവരായിരിക്കണം. ഇതു സംബന്ധിച്ച് കോഴിക്കോട് മെഡിക്കൽ കോളേജ് പത്തോളജി വിഭാഗത്തിൽ നിന്നും നിശ്ചിത മാതൃകയിലുള്ള സാക്ഷ്യപത്രം അപേക്ഷയോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
6. (HBAS) Sickel cell trait നെ പദ്ധതിയിൽ പരിഗണിക്കുന്നതല്ല.
7. പട്ടികവർഗ്ഗക്കാരല്ലാത്ത അറിവാൾ രോഗം ബാധിച്ചവരെ മാത്രമേ ഈ പദ്ധതിയിൽ പരിഗണിക്കുകയുള്ളൂ.
8. വില്ലേജ് ഓഫീസർ നൽകുന്ന ജാതി സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെയും ബി.പി.എൽ രേഷൻ കാർഡ്/ ബി.പി.എൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെയും രോഗാവസ്ഥ തെളിയിക്കുന്നതിന് കോഴിക്കോട് മെഡിക്കൽ കോളേജിലെ പത്തോളജി വിഭാഗം നൽകുന്ന സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെയും അടിസ്ഥാനത്തിൽ ആനുകൂല്യം അനുവദിക്കുന്നതാണ്.
9. രോഗി മരണപ്പെട്ടാൽ രോഗിയുടെ ആശ്രിതന് ധനസഹായം ലഭിക്കാൻ അർഹത ഉണ്ടായിരിക്കില്ല.
10. ധനസഹായം ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് വഴി മാത്രമേ നൽകുകയുള്ളൂ.
11. അർഹരായ അപേക്ഷകർക്ക് അപേക്ഷ സമർപ്പിച്ച മാസത്തിന് തൊട്ടടുത്ത മാസം മുതൽ ധനസഹായം അനുവദിച്ച് നൽകുന്നതാണ്.
12. ധനസഹായം തുടർന്ന് ലഭിക്കുന്നതിന് എല്ലാ വർഷവും ജനുവരി /ജൂൺ മാസങ്ങളിൽ നിശ്ചിതമാതൃകയിൽ ശിശു വികസന പദ്ധതി ഓഫീസറിൽ നിന്നും ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റ് വാങ്ങി ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്.

വിലാസം :
 എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ,
 കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ,
 രണ്ടാംനില, വയോജന പകൽ പരിപാലന കേന്ദ്രം,
 പുജപ്പുര, തിരുവനന്തപുരം - 695012
 ഫോൺ: 0471-2341200, 2348135

പോസ്റ്റാഫീസിന്റെ പേര് :
പിൻകോഡ് :

16. ആധാർ കാർഡ് നമ്പർ :

സത്യപ്രസ്താവന

..... എന്ന ഞാൻ മുകളിൽ വിവരിച്ചിട്ടുള്ള എല്ലാ കാര്യങ്ങളും എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും സത്യമാണ് എന്ന് ബോധിപ്പിക്കുന്നു.

സ്ഥലം :
തീയതി: അപേക്ഷകയുടെ ഒപ്പ്/വിരലടയാളം

ഐ.സി.ഡി.എസ്. സൂപ്പർവൈസർ/ സി.ഡി.പി.ഒ യുടെ അന്വേഷണ റിപ്പോർട്ട്

അപേക്ഷയും അനുബന്ധരേഖകളും പരിശോധിച്ചു. ശ്രീമതി..... ചൂഷണത്തിനു വിധേയയായി അവിവാഹിത അവസ്ഥയിൽ അമ്മയായ വനിതയായതിനാൽ ടിയാളുടെ അപേക്ഷ ധനസഹായത്തിനായി ശുപാർശ ചെയ്യുന്നു.

തീയതി : ഓഫീസ് മുദ്ര ഐ.സി.ഡി.എസ്.
സൂപ്പർവൈസറുടെ പേരും
ഒപ്പും
സി.ഡി.പി.ഒ യുടെ പേരും
ഒപ്പും

ജില്ലാ സാമൂഹ്യ നീതി ഓഫീസറുടെ ശുപാർശ

മേൽ പരിശോധനകളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ശ്രീമതി ചൂഷണത്തിനു വിധേയയായി അവിവാഹിത അവസ്ഥയിൽ അമ്മയായ വനിതയായതിനാൽ ടിയാളുടെ അപേക്ഷ ധനസഹായത്തിനായി ശുപാർശ ചെയ്ത് എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ, കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ നൽകുന്നു.

തീയതി: ഓഫീസ് മുദ്ര ജില്ലാ സാമൂഹ്യ നീതി ഓഫീസറുടെ
പേരും ഒപ്പും

കേരള സാമൂഹ്യസുരക്ഷാ മിഷൻ റീജിയണൽ ഡയറക്ടറുടെ തീരുമാനം

ശ്രീമതി./കുമാരി..... എന്നയാൾക്ക് സ്നേഹസ്പർശം പദ്യതി പ്രകാരം..... മാസം മുതൽ രൂപ നിരക്കിൽ പ്രതിമാസധനസഹായം അനുവദിച്ചിരിക്കുന്നു.

റീജിയണൽ ഡയറക്ടർ.

Appendix I
Kerala Social Security Mission
Application for Spare & Accessories Cochlear Implant
PART A (അപേക്ഷകൻ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടത്)

തീയതി :

അപേക്ഷകയുടെ പേര് :

വയസ്സ്/ലിംഗം :

മേൽവിലാസം :

പഞ്ചായത്ത്/മുനിസിപ്പാലിറ്റി/കോർപ്പറേഷൻ :

പോസ്റ്റ് ഓഫീസ് :

പിൻകോഡ് :

ജില്ല :

ഫോൺ (1) :

ഫോൺ (2) :

ആധാർ നം :
 (കാർഡിന്റെ പകർപ്പ് ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്) :

ഇംപ്ലാന്റേഷൻ നടത്തിയ ഫണ്ടിന്റെ വിശദാംശം : ഗവ/പ്രൈവറ്റ് /ശ്രുതിതരംഗം
 പദ്ധതി/ ADIP/ESI/ സ്പോൺസർഷിപ്പ്/
 സ്വന്തം തുക/മറ്റുള്ളവ എങ്കിൽ
 (ഏതെന്ന് വ്യക്തമാക്കുക)

വരുമാനം : എ.പി.എൽ/ബി.പി.എൽ

വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഉള്ളടക്കം ചെയ്യേണ്ടതാണ് : ഉണ്ട്/ഇല്ല

അപേക്ഷകന്റെ പേരും

ഒപ്പും

PART B (To be filled by Empanelled Surgeon & Audiologist)

Name & Place of surgical centre :

Date of Surgery :

Company & Model of Internal Implant :

Date of switch – on :

Model of Speech Processor :

Required list of spares & accessories:

S No.	Name of item	Rate (Inclusive of all tax)	Quantity	Total (Inclusive of all tax)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
Grand Total				

*Strike out the columns if not filled

It is verified that the above specified defective spare/ accessories are not covered under the regular /extended warranty and hence to procure new items.

Name & signature of the Audiologist with seal:

Name of the hospital/centre:

Name & signature of the Surgeon with seal :

Name of the hospital/centre

അപേക്ഷകന്റെ പ്രസ്താവന

ഞാൻ (പേര്) മേൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള കാര്യങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും ശരിയും സത്യവുമാണെന്ന് ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ വാങ്ങി നൽകുന്ന അനുബന്ധ ഉപകരണങ്ങളുടെ മുന്നോട്ടുള്ള മെയിന്റനൻസ് ഞങ്ങൾ തന്നെ വഹിക്കുമെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ/ എൽ.എസ്.ജി.ഡി എന്നിവ ആയത് വാങ്ങി നൽകുന്നതിനായി നേതൃത്വപരമായ പങ്ക് വഹിക്കുക മാത്രമാണ് ചെയ്യുന്നതെന്ന് മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി കൊള്ളുന്നു.

രോഗിയുടെ രക്ഷകർത്താവിന്റെ

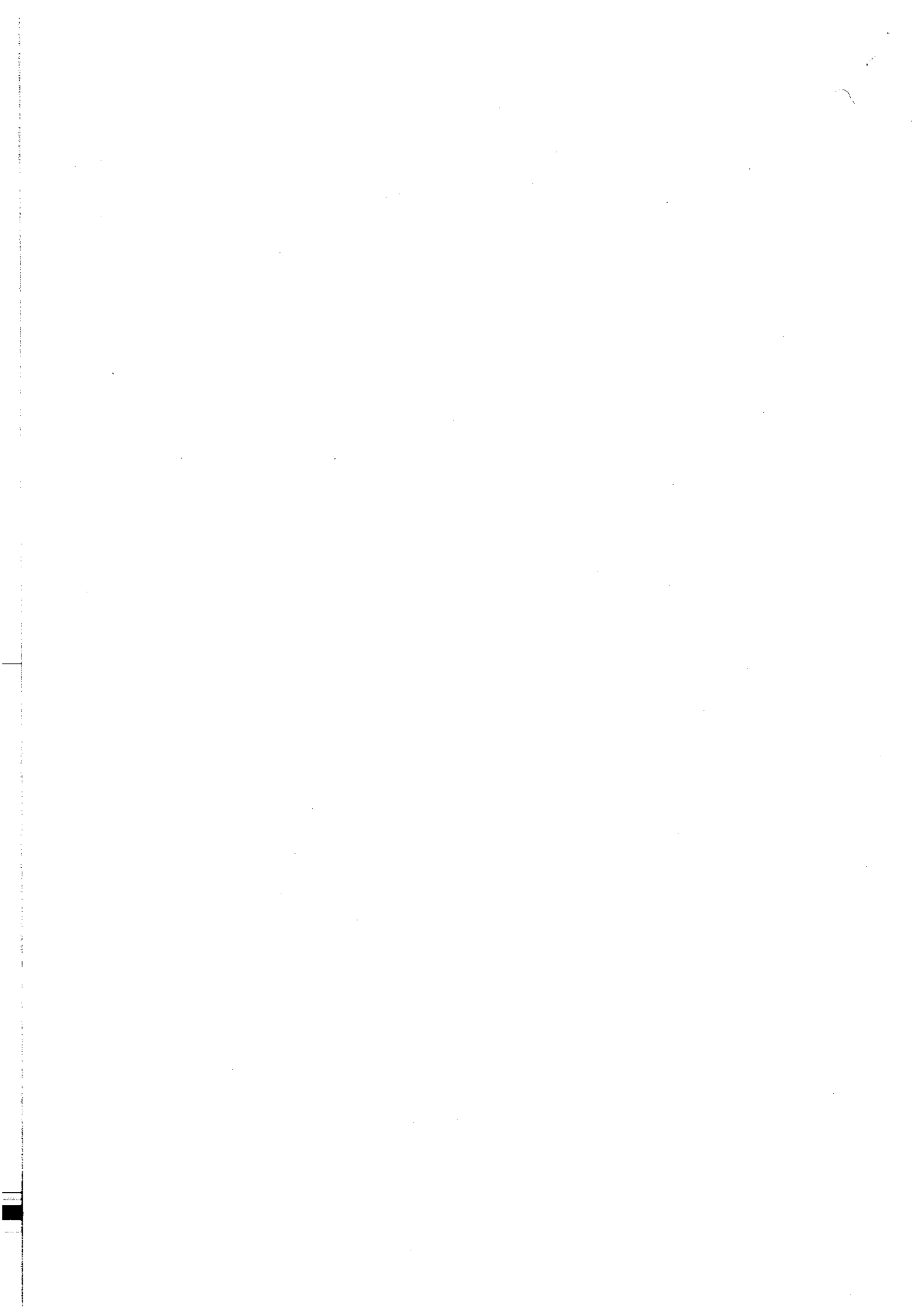
സ്ഥലം : പേരും.
തീയതി : ഒപ്പും.

പഞ്ചായത്ത്/കോർപ്പറേഷൻ/മുനിസിപ്പാലിറ്റി സെക്രട്ടറിയുടെ പ്രസ്താവന

..... എന്ന വ്യക്തിയുടെ അപേക്ഷ പരിശോധിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഈ വ്യക്തി ഈ പഞ്ചായത്തിലെ താമസക്കാരനാണെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. ഈ വ്യക്തിയുടെ ചികിത്സയ്ക്കായി രൂപ ഈ പഞ്ചായത്തിൽ നിന്നും വർഷം എന്ന തീയതിയിലെ എന്ന UTR Number പ്രകാരം കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ നൽകിയിട്ടുണ്ടെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

സ്ഥലം : സെക്രട്ടറിയുടെ പേരും :
തീയതി : ഒപ്പും :

ഓഫീസ് മുദ്ര



നമ്പർ

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ

എൻഡോസൾഫാൻ പദ്ധതി പ്രകാരമുള്ള വിദ്യാഭ്യാസ ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷ

- 1. വിദ്യാർത്ഥിയുടെ പേര് :
 വീട്ട് പേര് :
 വീട്ട് നമ്പർ, വാർഡ് നമ്പർ :
 പഞ്ചായത്ത്/മുനിസിപ്പാലിറ്റി/കോർപ്പറേഷൻ :
 പോസ്റ്റ് ഓഫീസ്, ജില്ല, പിൻ കോഡ് :
 വിദ്യാർത്ഥിയുടെ ജനനതീയതിയും വയസ്സും :
 ആൺ/പെൺ :
- 2. രക്ഷകർത്താവിന്റെ പേരും മേൽ വിലാസവും :

- 3. ഫോൺ നമ്പർ :
- 4. വിദ്യാർത്ഥിയുമായുള്ള ബന്ധം :
- 5. (a) വിദ്യാർത്ഥി പഠിക്കുന്ന സ്കൂളിന്റെ പേര് :
 (b) സ്കൂളിന്റെ സ്വഭാവം :
 (ഗവൺമെന്റ്/എയ്ഡഡ്/അൺഎയ്ഡഡ്)
- 6. പഠിക്കുന്ന ക്ലാസ്സ് :
 (2021 - 22 അദ്ധ്യയന വർഷം)
- 7. വിദ്യാർത്ഥി/കുടുംബാംഗങ്ങളിൽ ആരെങ്കിലും ആരോഗ്യ വകുപ്പ് നടത്തിയ സർവ്വേയുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ജില്ലാ കളക്ടർ അംഗീകരിച്ച ലിസ്റ്റിൽ (എൻഡോസൾഫാൻ ബാധിതരുടെ കൂട്ടത്തിൽ) ഉൾപ്പെട്ടതാണോ? :
- 8. വിദ്യാർത്ഥി എൻഡോസൾഫാൻ ദുരിത ബാധിതനല്ലെങ്കിൽ എൻഡോസൾഫാൻ ബാധിതരുടെ ലിസ്റ്റിൽ ഉൾപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ പേരും വിദ്യാർത്ഥിയുമായുള്ള ബന്ധവും : അച്ഛൻ/അമ്മ/ സഹോദരൻ/ സഹോദരി
- 9. വിദ്യാർത്ഥിയ്ക്ക് നാഷണലൈസ്ഡ്/ഷെഡ്യൂൾഡ് ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് തുടങ്ങിയതിന്റെ വിശദാംശം (ബാങ്ക് പാസ്സ് ബുക്കിന്റെ അക്കൗണ്ട് നമ്പരും അഡ്രസ്സും അടങ്ങുന്ന പേജിന്റെയും ആധാർ കാർഡിന്റെയും പകർപ്പ് ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്.)

ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ :

IFSC നമ്പർ :

ബാങ്കിന്റെ പേര് :

ബ്രാഞ്ച് :

ആധാർ നമ്പർ/ആധാർ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ :

സത്യപ്രസ്താവന

ഞാൻ എന്റെ മകൻ/മകൾ എൻഡോസൾഫാൻ ദുരിതം ബാധിച്ച ആളാണെന്നും ടിയാൻ/ടിയാൾ (സ്കൂൾ) ക്ലാസിൽ പഠിക്കുന്ന വിദ്യാർത്ഥിയാണ്. മേൽ പ്രസ്താവിച്ച വിവരങ്ങൾ സത്യമാണെന്ന് ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി കൊള്ളുന്നു.

ഒപ്പ് :
പേര് :

(ആഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)

സത്യപ്രസ്താവന

അപേക്ഷയിൽ പറയുന്ന പ്രകാരം കുമാരി / മാസ്റ്റർ എന്ന കുട്ടി എൻഡോസൾഫാൻ ദുരിത ബാധിതകുടുംബത്തിലെ അംഗമാണെന്നും / എൻഡോസൾഫാൻ വിഷബാധിതനാണെന്നും എൻഡോസൾഫാൻ ദുരിത ബാധിതരുടെ ലിസ്റ്റിൽ ഉൾപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടെന്നും ആവശ്യമായ അന്വേഷണം നടത്തി ബോധ്യപ്പെട്ടിട്ടുള്ളതാണെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി കൊള്ളുന്നു. ടി വിദ്യാർത്ഥി പദ്ധതി മാനദണ്ഡങ്ങൾക്കനുസരിച്ച് ആനുകൂല്യത്തിന് അർഹനാണ്/അർഹയാണ്. ധനസഹായം അനുവദിക്കുന്നതിന് ശുപാർശ ചെയ്തു കൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം : ഒപ്പ് :
തീയതി : പേര് :
..... ഐ.സി.ഡി.എസ്. പ്രോജക്ട്

സ്കൂൾ അധികൃതരുടെ സാക്ഷ്യപത്രം

കുമാരി/മാസ്റ്റർ..... 2020-21 അധ്യയന വർഷത്തിൽ ഈ സ്കൂളിലെ ക്ലാസ്സിൽ പഠിക്കുന്ന വിദ്യാർത്ഥിയാണെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തികൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം : ഒപ്പ് :
തീയതി : ഓഫീസ് മുദ്ര പേര് :
സ്കൂളിന്റെ പേര് :
..... ജില്ല:
ഓഫീസ് ഫോൺ നമ്പർ:

സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടറുടെ തീരുമാനം

..... ന്റെ/ടെ അപേക്ഷയുടേയും മറ്റ് സർട്ടിഫിക്കറ്റുകളുടെയും അടിസ്ഥാനത്തിൽ ന്റെ/ടെ വിദ്യാഭ്യാസത്തിന് /- രൂപ (..... രൂപ മാത്രം) 2021-22 അധ്യയന വർഷത്തേയ്ക്കുള്ള വിദ്യാഭ്യാസ ധനസഹായം അനുവദിച്ചിരിക്കുന്നു.

തീയതി : എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ

NB :- പൂർണ്ണമായും പൂരിപ്പിക്കാത്ത അപേക്ഷ പരിഗണിക്കുന്നതല്ല

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ
സോഷ്യൽ വെൽഫെയർ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂഷൻ കോംപ്ലക്സ്
പുജപ്പുര, തിരുവനന്തപുരം-12

ധാനി പദ്ധതി

കോക്ലിയാർ സ്പീച്ച് പ്രോസസർ അപ്ഗ്രേഡ് ചെയ്ത്
നൽകുന്നതിനുള്ള അപേക്ഷ

ക്രമനമ്പർ

രോഗിയുടെ പാസ്
പോർട്ട് വലിപ്പത്തി
ലുള്ള ഫോട്ടോ
(ഇ.എൻ.റ്റിസർജൻ
അറ്റസ്റ്റ് ചെയ്തത്)

അപേക്ഷാഫോറം

- 1. അപ്ഗ്രേഡേഷൻ ആവശ്യമുള്ള രോഗിയുടെ പേര് :
- 2. വയസും ജനനത്തീയതിയും :
- (ജനനസർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ പകർപ്പ് ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്)
- 3. ലിംഗം : ആൺകുട്ടി / പെൺകുട്ടി
- 4. രോഗിയുടെ രക്ഷകർത്താവിന്റെ വിവരങ്ങൾ
- പേര് :
- വീട്ടുപേര് :
- പോസ്റ്റ് ഓഫീസ് :
- വാർഡ് :
- പഞ്ചായത്ത് / മുനിസിപ്പാലിറ്റി :
- കോർപ്പറേഷൻ :
- താലൂക്ക് :
- ജില്ല :
- പിൻകോഡ് :

5. ടെലഫോൺ നമ്പറുകൾ

1. ലാൻ്റ് ഫോൺ (എസ്.റ്റി.ഡി കോഡ് സഹിതം) :

2. മൊബൈൽ ഫോൺ :

6. കുടുംബത്തിന്റെ മൊത്ത വാർഷിക വരുമാനം : രൂപ
(റേഷൻ കാർഡ് പ്രകാരം)

7. രോഗിക്ക് ശ്രവണവൈകല്യം ഉള്ളതായി കണ്ടുപിടിച്ചത് ഏത് പ്രായത്തിലാണ് : വയസ്സ്..... മാസം

8. കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റ് ചെയ്ത പ്രായം :

9. ഏതു കമ്പനിയുടെ കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റ് ആണ് ഉപയോഗിക്കുന്നത് , മോഡലിന്റെ പേര്

10. കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തിയ ആശുപത്രിയുടെ പേര് :
 ഡോക്ടറുടെ പേര് :
 ഫോൺ നം. :
 ഇംപ്ലാന്റ് ചെയ്ത തീയതി :
 (സർജറി ചെയ്ത ആശുപത്രിയിൽ നിന്നുള്ള റിപ്പോർട്ട് ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്.)

പ്രസ്താവന

ഞാൻ (പേര്) മേൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള കാര്യങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും ശരിയും സത്യവുമാണെന്ന് ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം : രോഗിയുടെ രക്ഷകർത്താവിന്റെ
 തീയതി : പേരും
 ഒപ്പും

അനുബന്ധം - 1

(Appendix - 1)

വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ വഴി സർക്കാർ നടപ്പിലാക്കുന്ന ധനി പദ്ധതിയുടെ
ധനസഹായം ലഭ്യമാക്കുന്നതിനുവേണ്ടി അപേക്ഷ സമർപ്പിച്ചിട്ടുള്ള ശ്രീ/ശ്രീമതി
.....യുടെ കുടുംബവാർഷിക വരുമാനം
രൂപയാണെന്ന് ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

തീയതി

വില്ലേജ് ഓഫീസ് മുദ്ര

വില്ലേജ് ഓഫീസറുടെ/
തഹസീൽദാറുടെ പേരും ഒപ്പും

അനുബന്ധം - 2

(Appendix - 2)

ഓഡിയോളജിസ്റ്റ് ആന്റ് സ്പീച്ച് ലാംഗ്വേജ് പാത്തോളജിസ്റ്റ് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി നൽകേണ്ടത്

I here by certify that the model of the speech processor used by the patient has been stopped by the manufacture and he needs upgraded version.

Date:	(Office Seal)	Name and signature of the Audiologist and Speech –Language Pathologist:
Place:		RCI Reg. No.
		Name of the hospital / centre:

അനുബന്ധം - 3

(Appendix - 3)

ഇ.എൻ.റ്റി സർജൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി നൽകേണ്ടത്

Recommendation by ENT Surgeon

I hereby certify that I have personally examined the patient S/o OP No and his/her test results. He/she has undergone Cochlear Implantation Surgery on through Hospital. The Speech Processor used by the patient has been stopped by the manufacture and he/she has been advised to upgrade the speech processor.

Date:	(Office Seal)	Name of the ENT Surgeon:
Place:		MCI Reg. No.
		Name of the hospital / centre:

**SPEECH PERCEPTION AND PRODUCTION PROFILE FOR COCHLEAR IMPLANT USERS UNDER
DHWANI SCHEME**

Name of the implantee : _____

Age/Sex : _____

Date of implantation : _____

Company & Model of Speech Processor : _____

Serial No of Speech Processor : _____

If attending School, Specify : _____ Regular / Special school

Instruction : Please rate the client's abilities on the given scale for each domains mentioned

Profile	0	1	2	3	4	Score
Dependency on previous processor	Non dependence	Depends only for few hours/situations	Depends on CI without completion, but uses intermittently	Depends on it actively in more listening environments	Complete dependence, demands CI throughout the day	
Auditory Perception & Comprehension	Reacts to only vibrations	React to loud noises, not to voice	Perceives loud voice	Perceives normal voice	Perceives quiet voice	
	No perception	Aided SRT > 80 dB	Aided SRT 80-60dB	Aided SRT 60-40dB	Aided SRT 40-20dB	
Verbal expression	Mute	Isolated words	Short sentences with poor syntax	Good syntax and short sentence production	Good syntax and fluency for all sentences	
Intelligibility (Articulation)	Mute	Some words intelligible	Intelligible for parents	Intelligible for other people	Excellent	

It is understood that the individual achieved speech and the processor has been cared properly.

Date: _____

Name and Signature of Audiologist : _____

RCI Reg. number : _____

Name of the Hospital/Centre with seal : _____



കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ
സോഷ്യൽ വെൽഫെയർ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂഷൻ കോംപ്ലക്സ്
പുജപ്പുര, തിരുവനന്തപുരം-12

കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ സർജറി പദ്ധതി

ക്രമനമ്പർ

രോഗിയുടെ പാസ്
 പോർട്ട് വലിപ്പത്തി
 ലുള്ള ഫോട്ടോ
 (ഇ.എൻ.റ്റിസർജൻ
 അറ്റസ്റ്റ് ചെയ്തത്)

അപേക്ഷാഫാറം

1. സർജറി ആവശ്യമുള്ള രോഗിയുടെ പേര് :
2. വയസും ജനനത്തീയതിയും :
3. ലിംഗം : ആൺകുട്ടി / പെൺകുട്ടി
4. രോഗിയുടെ രക്ഷകർത്താവിന്റെ വിവരങ്ങൾ
 - പേര് :
 - വീട്ടുപേര് :
 - വാർഡ് :
 - പഞ്ചായത്ത് / മുനിസിപ്പാലിറ്റി :
 - കോർപ്പറേഷൻ :
 - താലൂക്ക് :
 - ജില്ല :
 - പിൻകോഡ് :

5. ടെലഫോൺ നമ്പറുകൾ

1. ലാൻ്റ് ഫോൺ (എസ്.റ്റി.ഡി കോഡ് സഹിതം) :

2. മൊബൈൽ ഫോൺ :

6. കുടുംബത്തിന്റെ മൊത്ത വാർഷിക വരുമാനം : രൂപ
(റേഷൻ കാർഡ് പ്രകാരം)

7. കുടുംബാംഗങ്ങളെ സംബന്ധിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ :

ക്രമ നമ്പർ	കുടുംബാംഗങ്ങൾ	വയസ്സ്	വിദ്യാഭ്യാസ യോഗ്യത	തൊഴിൽ	പ്രതിമാസ വരുമാനം	ഏതെങ്കിലും ശാരീരിക വൈകല്യം ബാധിച്ചിട്ടുണ്ടോ (ഉണ്ട്/ ഇല്ല)	മറ്റ് പ്രത്യേകിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ എന്തെങ്കിലും ഉണ്ടെങ്കിൽ എഴുതുക
1.	രോഗിയുടെ അച്ഛൻ						
2.	രോഗിയുടെ അമ്മ						
3.	രോഗിയുടെ സഹോദരൻ 1						
4.	രോഗിയുടെ സഹോദരൻ 2						
5.	രോഗിയുടെ സഹോദരി 1						
6.	രോഗിയുടെ സഹോദരി 2						
7.	മറ്റ് കുടുംബാംഗങ്ങൾ (ആരെന്ന് വ്യക്തമാക്കുക)						

8. രോഗിക്ക് ശ്രവണവൈകല്യം ഉള്ളതായി കണ്ടുപിടിച്ചത് ഏത് പ്രായത്തിലാണ് : വയസ്സ്..... മാസം

9. ശ്രവണവൈകല്യം ഏതു തരത്തിൽപ്പെട്ടതാണ് :

10. ശ്രവണ വൈകല്യത്തിന്റെ അളവ് എത്ര ഡിഗ്രി :

11. രോഗിക്ക് ചുവടെപ്പറയുന്നവയിൽ ബാധകമായത് (V) അടയാളം രേഖപ്പെടുത്തുക.

(എ). പതിവായി സ്വീച്ച് തെറാപ്പി നൽകുന്നു. ()

(ബി). പ്രീസ്കൂൾ പരിശീലനം നൽകുന്നു. ()

(സി). സ്വപ്നങ്ങൾ സ്കൂളിൽ പോകുന്നു. ()

(ഡി). സാധാരണ സ്കൂളിൽ പോകുന്നു. ()

(ഇ). മേൽപ്പറഞ്ഞവ കൂടാതെ മറ്റേതെങ്കിലും ചെയ്യുന്നുണ്ടോ ? :

12. സർക്കാർ ധനസഹായമുപയോഗിച്ച് രോഗിക്ക് : (1)

13. കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ സർജറി നടത്തുന്നതിന് ഏത് ആശുപത്രിയാണ് തിരഞ്ഞെടുക്കാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്നത്. (2)

(ആശുപത്രിയുടെ പേര് മുൻഗണനാക്രമത്തിൽ എഴുതുക) (3)

14. സർജറിക്കുശേഷം ഓഡിറ്ററി വെർബൽ തെറാപ്പി തുടർന്നു നടത്തുന്നതിന് തിരഞ്ഞെടുക്കാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന കേന്ദ്രം . (1)

(ആശുപത്രിയുടെ / സ്ഥാപനത്തിന്റെ പേര് മുൻഗണനാക്രമത്തിൽ എഴുതുക) (2)

(3)

പ്രസ്താവന

ഞാൻ (പേര്) മേൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള കാര്യങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും ശരിയും സത്യവുമാണെന്ന് ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം : രോഗിയുടെ രക്ഷകർത്താവിന്റെ
 തീയതി : പേരും
 ഒപ്പും

അനുബന്ധം - 1

(Appendix - 1)

വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ വഴി സർക്കാർ നടപ്പിലാക്കുന്ന കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ സർജറിക്ക് ധനസഹായം ലഭ്യമാക്കുന്നതിനുവേണ്ടി അപേക്ഷ സമർപ്പിച്ചിട്ടുള്ള ശ്രീ/ശ്രീമതിയുടെ കുടുംബവാർഷിക വരുമാനം രൂപയാണെന്ന് ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

തീയതി

വില്ലേജ് ഓഫീസ് മുദ്ര

വില്ലേജ് ഓഫീസറുടെ/
തഹസീൽദാറുടെ പേരും ഒപ്പും

അനുബന്ധം - 2

(Appendix - 2)

ഓഡിയോളജിസ്റ്റ് ആന്റ് സ്പീച്ച് ലാംഗ്വേജ് പാത്തോളജിസ്റ്റ് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി നൽകേണ്ടത്

1. Details on Hearing Aid usage of Patient.

Sl. No.	Name of the Hearing Aid	Body level/ Behind the Ear	Analog / Digital	Duration of Use
1.				
2.				
3.				
4.				

2. Recommendation by Audiologist and Speech – Language Pathologist (SLP)

I hereby recommended that the patient.....S/o
..... has been diagnosed as
.....and has limited
benefit from suitable hearing aids. He has been advised to undergo Cochlear
Implantation and therapy as early as possible. The necessary documents have been
provided as mentioned at the end of this application.

Date: (Office Seal)
Place:

Name and signature of the Audiologist
and Speech –Language Pathologist:
RCI Reg. No.
Name of the hospital / centre:

അനുബന്ധം - 3

(Appendix - 3)

ഇ.എൻ.റ്റി സർജൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി നൽകേണ്ടത്

1. Health issues of the Patient.

Sl. No.	Issues	Status (put (v) if present)
1.	History of Meningitis	
2.	Any congenital anomaly	
3.	Jaundice requiring exchange transfusion	
4.	Vision Problems	
5.	Mental sub normality	

2. Recommendation by ENT Surgeon

I hereby certify that I have personally examined the patient
S/o OP No
and his/her test results. He/she has been advised to undergo Cochlear Implantation
at the earliest to improve hearing and communication ability. The necessary
documents have been provided as required at the end of this application.

Date: (Office Seal)
Place:

Name of the ENT Surgeon:
MCI Reg. No.
Name of the hospital / centre:

അനുബന്ധം - 4

(Appendix - 4)

ഇ.എൻ.റ്റി സർജനും ആഡിയോളജിസ്റ്റ് ആന്റ് സ്പീച്ച് ലാംഗ്വേജ് പാത്തോളജിസ്റ്റും ചേർന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി നൽകേണ്ടത്.

ചെക്ക് ലിസ്റ്റ്

(എല്ലാറ്റിന്റേയും ഓരോ കോപ്പി വീതം വയ്ക്കേണ്ടതാണ്)

Sl. No.	Tests	Status (Yes/No)	Date of Evaluation
1.	BERA / Audiogram		
2.	ASSR		
3.	OAE		
4.	Tympanogram		
5.	Aided thresholds (BOA / Audiogram) with Rt.....aid Lt.....aid		
6.	Speech - Language test		
7.	HRCT of the temporal bones		
8.	MRI of head and inner ear		
9.	Audiological test report		

Seal and Signature of Audiologist
and Speech Language Pathologist

Seal and Signature
of ENT surgeon