

சமூகசேவைகள் அமைச்சு

அங்கவீனமுற்ற நபர்களுக்கான தேசிய செயலகம்

அங்கவீனமுற்ற நபர்களுக்கு வாழ்வாதாரக் கொடுப்பனவினை வழங்குதல்.

A. தொகுதி

குடும்ப விபரம்:

மாவட்டம் :- யாழ்ப்பாணம்

பி.செயலகம்:- காரைநகர்

கி.உ பிரிவு :-

1.1 தேர்தல் பட்டியலின் பிரகாரம் குடும்பத்திலுள்ள அங்கவீனமுற்ற நபர்களின் தகவல்கள்.

பெயர்	வீட்டுத் தலைவருக்குள்ள உறவு முறை	பெண்/ஆண் தன்மை	திருமணமானவர்/ திருமணமாகாதவர்	பிறந்த திகதி	அங்கவீனத்தின் தன்மை

1.2 தேர்தல் பட்டியலின் பிரகாரம் குடும்பத்திலுள்ள ஏனைய அங்கத்தவர்களின் தகவல்கள்

பெயர்	வீட்டுத் தலைவருக்குள்ள உறவு முறை	பெண்/ஆண் தன்மை	திருமணமானவர்/ திருமணமாகாதவர்	பிறந்த திகதி	தொழில்

2.வீட்டு முகவரி:-

.....

3.குடும்ப அங்கத்தவர்களின் வருமான நிலைமை:-

வருமான மார்க்கம்	மாதாந்த வருமானம் (ரூபா)
மொத்தம்	

B. தொகுதி

அங்கவீனமுற்ற நபர் தொடர்பான தகவல்கள்:-

1.முழுப்பெயர்:-.....

2.அங்கவீனத் தன்மை:-.....

3.அடையாள அட்டை இல:-.....

4.அங்கவீனம் ஏற்பட்ட முறைமை:

1.பிறப்பிலிருந்து

2.திடீர் விபத்து

3.யுத்தம் தொடர்பாக

பிற (குறிப்பிடவும்)

இடம்பெற்ற காலம் (வருடம்)

--	--	--	--	--

5. விண்ணப்பதாரருக்குக் கிடைக்கப் பெற்ற உதவி மற்றும் தற்போது கிடைக்கும் உதவி (அரசு மற்றும் அரசு சார்பற்ற அமைப்புகளிலிருந்து கிடைக்கப்பெற்ற பணம் மற்றும் பண்ட வடிவங்களில்)

1.நிதி உதவி (ரூபா):-

2.பொருள்சார் உதவி:-

1.

2.

3.

4.

C தொகுதி

கிராம உத்தியோகத்தரின் பரிந்துரை:

1.குடும்ப மாதாந்த வருமானம் :(ரூபாவில் மாத்திரம் குறிப்பிடவும்).....

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

2.அங்கவீனமுற்ற நபர் வாழ்வாதாரத்தில் ஈடுபட்டுள்ளாரா? ஆம்/இல்லை

3.வாழ்வாதாரத்தில் ஈடுபட்டுள்ள ஒருவரையின் மாதாந்த வருமானம்

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

4.அப்படியில்லையாயின் வாழ்வாதாரத்தில் ஈடுபடுவதற்கு இயலுமை உள்ளதா? ஆம்/இல்லை

5.ஈடுபடுவதற்கு இயலுமை இருப்பின் தேவையான உதவி?

.....

6.உதவி பெற்றுக்கொள்வதற்கு பரிந்துரை செய்கிறேன் / பரிந்துரை செய்யவில்லை

.....

கி.சே.உத்தியோகத்தர்

இறப்பர் முத்திரை

D.தொகுதி

இப் பிரிவு வைத்தியரினால் நிரப்பப்படவேண்டும்

அரசு வைத்தியசாலை:.....

1. நோயாளியின் பெயர் }
Name of Patient
2. அங்கவீனத்தின் தன்மை }
Disability
3. வைத்தியரின் பரிந்துரை }
Medical Officer's Recommendation

வைத்தியரின் ஒப்பம்/இறப்பர் முத்திரை

Signature of Medical Officer/ Stamp

E.தொகுதி

சமூக சேவைகள் உத்தியோகத்தரின் பரிந்துரை:

1. அங்கவீனம் தொடர்பான சரியான நிலவரம்

- | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------------|--------------------------|
| முழுமையாக பார்வை இழந்த | ☐ | முழுமையாக செவிப்புலன் அற்றோர் | உள நலம் | ☐ |
| முள்ளந்தண்டு பாதிக்கப்பட்ட | ☐ | மற்றும் வாய் பேசாதோர் | பாதிக்கப்பட்ட | |
| பல்வேறுபட்ட அங்கவீனம் | ☐ | கை, கால் இல்லாமை | பெருமூளை (cerebral) | |
| | | மூளை வளர்ச்சி குன்றிய | பாதிப்பு | ☐ |
| | | (ஒட்டிசம்) | | ☐ |

அங்கவீனமுற்ற நபர் உபகரணமொன்று பாவித்துள்ளாரா? ஆம்/இல்லை

..... ஆம் திகதி என்னால் பிரத்தியேக முறையில் அவர்கள்

புலனாய்வு செய்யப்பட்டார். அவர் என்ற அங்கவீனத்தால் வருந்தும் ஒருவர் எனவும் அவருக்கு வாழ்வாதார உதவியினை வழங்குவது பொருத்தமானது என பரிந்துரை செய்கிறேன் / பரிந்துரை செய்யவில்லை.

.....
சமூக சேவைகள் உத்தியோகத்தர்/சமூக அபிவிருத்தி
உதவியாளர்/அபிவிருத்தி உத்தியோகத்தர்

F.தொகுதி

பிரதேச செயலாளரின் அங்கீகாரம்.

வாழ்வாதார நிலைமையினை மேம்படுத்துவதற்கு கிராம உத்தியோகத்தர்/சமூக சேவைகள் உத்தியோகத்தர்/சமூக அபிவிருத்தி உதவியாளர்/ சமூக அபிவிருத்தி உதவியாளர்/அபிவிருத்தி உத்தியோகத்தரின் பரிந்துரையினை அங்கீகரிக்கிறேன்.

.....
பிரதேச செயலாளர்

இறப்பர் முத்திரை