



சிறுநீரக நோயினால் பாதிக்கப்பட்ட நோயாளிகளுக்கு மருத்துவ உதவிக்
கொடுப்பனவினைப் பெற்றுக் கொள்வதற்கான விண்ணப்பப்படிவம்

மாவட்டம் :- பி.செ.பிரிவு :- கி.சே பிரிவு :-

கொடுப்பனவு கோரப்படும் பயனாளி தொடர்பான விபரங்கள்

1. பயனாளியின் முழுப் பெயர் :-
 2. பிறந்த திகதி :- திகதி : மாதம் : வருடம் :
 3. பால் :- ஆண் பெண்
 4. குடியியல் நிலை :- திருமணமானவர் / தனித்தவர் / விவாகரத்துப் பெற்றவர்
 5. மதாந்த வருமானம் :-
 6. தேசிய அடையாள அட்டை இலக்கம் :-
(18 வயதிற்கு மேற்பட்டவராயின்)
 7. நோயின் தன்மை (பொருத்தமானதற்கு புள்ளடி $\sqrt$ இடுக) :-
 - 1.மாற்றுச் சிறுநீரகம் பொருத்தப்பட்ட நோயாளி ☐
 - 2..மாற்றுச் சிறுநீரகம் பொருத்துவதற்காக அடையாளம் காணப்பட்ட நோயாளர் ☐
 - 3.சிறுநீரக நோய் நிலையில் 5வது நிலையில் இருக்கும் நோயாளர் ☐
 - 4.சிறுநீரக நோய் நிலையில் 4வது நிலையில் இருக்கும் நோயாளர் ☐
 - 5.சிறுநீரகம் செயலிழந்த நோயாளர் ☐
 8. நோய் எப்போதிருந்து காணப்படுகிறது?
 9. மருத்துவம் மேற்கொள்ளும் வைத்தியசாலையின் பெயர் :-
 10. அவ் வைத்தியசாலை அமைந்துள்ள மாவட்டத்தின் பெயர் :-
- நோயாளி சிறுபிள்ளையாயின் பெற்றோர் / பாதுகாவலர் தொடர்பான விபரங்கள் :-
11. பெற்றோர் / பாதுகாவலர் முழுப்பெயர் :-
 - 1) பெற்றோர் / பாதுகாவலர் விலாசம் :-
 12. தேசிய அடையாள அட்டை இல :-
 13. பெற்றோர் / பாதுகாவலரின் தொழில் :-

14. பெற்றோர் / பாதுகாவலரின் வருமானம் :-

15. பாதுகாவலருக்கும் நோயாளிக்குமுள்ள உறவு முறை :-

மேலே கூறப்பட்ட விடயங்கள் அனைத்தும் எனது அறிவிற்கு எட்டியவரை உண்மை என்று இத்தால் உறுதிப்படுத்துகிறேன். மேலும் என்னால் மேலே தரப்பட்ட விபரங்களில் ஏதேனும் பொய்யான விடயங்கள் உள்ளடக்கப்பட்டிருப்பின் அவை கண்டு பிடிக்கப்படும் பட்சத்தில் இக் கொடுப்பனவினை திணைக்களத்திற்கு மீளச் செலுத்துவேன் என்றும் இத்தால் உறுதி மொழிகின்றேன்.

கையொப்பம்

திகதி

கிராம சேவையாளரின் அறிக்கையும் சிபார்கும்

மேற்படி விண்ணப்பதாரியினை நான் தனிப்பட்ட முறையில் அறிவேன் என்றும் அவரால் மேலே கூறப்பட்ட விடயங்கள் அனைத்தையும் நான் நேரில் சென்று பார்வையிட்டு விசாரித்து அறிந்த வகையில் உண்மையென்பதையும் உறுதிப்படுத்துகிறேன்.

பிரிவு இல :-

திகதி :-

கி.சே.உ. கையொப்பமும்

அலுவலக முத்திரையும்.

சமூகசேவை உத்தியோகத்தரின் அறிக்கையும் சிபார்கும்

மேற்படி விடயங்கள் அனைத்தும் நான் நேரில் சென்று பார்வையிட்டு அறிந்த வகையில் உண்மை என்பதை உறுதிப்படுத்துவதுடன் குறித்த பயனாளி மருத்துவ காரணங்களுக்காக மாதாந்தம் மேலே கூறப்பட்ட வைத்திய நிலையத்திற்கு மருத்துவத்திற்காக சென்று வருவதற்காக இப் பிரயாணக் கொடுப்பனவை வழங்கலாம் என சிபார்க் செய்கிறேன்.

ச.சே.உ. கையொப்பமும்

திகதி

அலுவலக முத்திரையும்.

பிரதேச செயலாளரின் சிபார்க்

தனிப்பட்ட ரீதியில் பரிசீலித்து மேற்படி விண்ணப்பத்தை சிபார்க் செய்கின்றேன்.

பி.செ. கையொப்பமும்

திகதி

அலுவலக முத்திரையும்.

மாவட்ட சமூகசேவை உத்தியோகத்தரின் சிபார்க்

விண்ணப்பம் பரிசீலிக்கப்பட்டு சிபார்க் செய்யப்படுகிறது.

மா.ச.சே.உ. கையொப்பமும்

திகதி

அலுவலக முத்திரையும்.

பணிப்பாளரின் தீர்மானம்

விண்ணப்பம் பரிசீலிக்கப்பட்டு அனுமதி அளிக்கப்படுகிறது / அனுமதி அளிக்கப்படவில்லை

பணிப்பாளரின் கையொப்பமும்

திகதி

அலுவலக முத்திரையும்