

**15 -ാം കേരള നിയമസഭ**

**2 -ാം സമ്മേളനം**

**നക്ഷത്രചിഹ്നമിട്ട ചോദ്യം നം. 93**

**27-07-2021 - ൽ മറുപടിയ്ക്ക്**

**സാമൂഹ്യ സുരക്ഷ മിഷൻ മുഖേനയുള്ള ചികിത്സ സഹായ പദ്ധതി**

ചോദ്യം		ഉത്തരം	
<p><b>ശ്രീ കോവൂർ കുഞ്ഞുമോൻ, ശ്രീ കെ ബി ഗണേഷ് കുമാർ, ശ്രീ. രാമചന്ദ്രൻ കടന്നപ്പള്ളി, ശ്രീ തോമസ് കെ തോമസ്</b></p>		<p><b>Dr. R. Bindu</b> (ഉന്നതവിദ്യാഭ്യാസ-സാമൂഹ്യനീതി വകുപ്പ് മന്ത്രി)</p>	
(എ)	<p>സംസ്ഥാനത്ത് സാമൂഹ്യ സുരക്ഷ മിഷൻ മുഖേന രോഗികൾക്ക് ചികിത്സ ധനസഹായം ലഭ്യമാക്കുന്നതിന് ആവിഷ്കരിച്ചിട്ടുള്ള പദ്ധതിയുടെ വിശദാംശം നൽകുമോ;</p>	(എ)	<p>വികെയർ, സമാശ്വാസം പദ്ധതികൾ മുഖേന രോഗികൾക്ക് നേരിട്ടും ബന്ധപ്പെട്ട ആശുപത്രികൾ മുഖേനയും ചികിത്സാ ധനസഹായം നൽകുന്നുണ്ട്. കൂടാതെ ക്യാൻസർ സുരക്ഷ, താലോലം, ശ്രുതിതരംഗം, മിറായി എന്നീ പദ്ധതികളിലൂടെ രോഗികൾക്കുള്ള ചികിത്സാ ധനസഹായം ബന്ധപ്പെട്ട ആശുപത്രികൾക്ക് നേരിട്ട് നൽകുന്നു. വിശദാംശം അനുബന്ധം I ആയി ചേർക്കുന്നു.</p>
(ബി)	<p>പദ്ധതി പ്രകാരം ലഭ്യമാകുന്ന അപേക്ഷകളിൽ ധനസഹായം നൽകുവാൻ സ്വീകരിക്കുന്ന മുൻഗണന മാനദണ്ഡങ്ങൾ എന്തൊക്കെയാണ് വിശദീകരിക്കുമോ?</p>	(ബി)	<p>വിശദാംശം അനുബന്ധം II ആയി ചേർക്കുന്നു.</p>

സെക്ഷൻ ഓഫീസർ

അനുബന്ധം - I

□. വീകെയർ പദ്ധതി :

വ്യക്തികൾ, സന്നദ്ധ സംഘടനകൾ, ഫൗണ്ടേഷനുകൾ, പൊതുമേഖല സ്ഥാപനങ്ങൾ, കോർപ്പറേറ്റുകൾ എന്നിവയിൽ നിന്നും ജീവകാരുണ്യ പ്രവർത്തനങ്ങൾക്കായുള്ള നിക്ഷേപ സമാഹരണം നടത്തി സമൂഹത്തിൽ പർശ്വവൽക്കരിക്കപ്പെട്ട ജന വിഭാഗങ്ങളുടെ ചികിത്സ, സാമ്പത്തിക സഹായം, ജീവനോപാധി കണ്ടെത്തുവാനുള്ള സഹായം, പഠന സഹായം തുടങ്ങിയവയ്ക്കായി വിനിയോഗിക്കുന്നു.

□. സമാശ്വാസം പദ്ധതി - വൃക്ക തകരാർ സംഭവിച്ച് സ്ഥിരമായി ഡയാലിസിസിൽ ഏർപ്പെടുന്നവർക്ക് പ്രതിമാസം 1100/- രൂപ നിരക്കിലും, വൃക്ക, കരൾ മാറ്റിവയ്ക്കൽ സർജറിക്ക് വിധേയരായവർക്ക് പ്രതിമാസം 1000/- രൂപ നിരക്കിലും, ഹീമോഫീലിയ ബാധിതരായവർക്ക് പ്രതിമാസം 1000/- രൂപ നിരക്കിലും, സിക്കിൾ സെൽ അനീമിയ ബാധിതരായവർക്ക് പ്രതിമാസം 2000/- രൂപ നിരക്കിലും ധനസഹായം നൽകി വരുന്നു.

1. ക്യാൻസർ സുരക്ഷാ പദ്ധതി - 18 വയസ്സുവരെയുള്ള ക്യാൻസർ രോഗികളായ കുട്ടികളുടെ ജീവൻ സംരക്ഷിക്കുന്നതിന് പൂർണ്ണമായും സൗജന്യ ചികിത്സ അനുവദിച്ചു നടപ്പാക്കി വരുന്ന പദ്ധതിയാണ് ക്യാൻസർ സുരക്ഷ. ടി പദ്ധതി സംസ്ഥാനത്തെ തെരഞ്ഞെടുക്കപ്പെട്ട 15 ആശുപത്രികൾ മുഖേന നടപ്പാക്കി വരുന്നു. ഇത്തരത്തിലുള്ള കുട്ടികളെ പദ്ധതിയിൽ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത് ചികിത്സാ ആനുകൂല്യം അനുവദിക്കുന്നതിനായി ധനസഹായം ബന്ധപ്പെട്ട ആശുപത്രികൾക്ക് നൽകി വരുന്നു.

2. താലോലം പദ്ധതി - ജന്മനായുള്ള ഹൃദയവൈകല്യങ്ങളാലും ജനിതക രോഗങ്ങളാലും മറ്റ് ഗുരുതര രോഗങ്ങളാലും കഷ്ടപ്പെടുന്ന 18 വയസ്സുവരെയുള്ള കുട്ടികൾക്ക് പൂർണ്ണമായും സൗജന്യ ചികിത്സ അനുവദിക്കുന്ന താലോലം പദ്ധതി സംസ്ഥാനത്തെ തെരഞ്ഞെടുക്കപ്പെട്ട 17 ആശുപത്രികൾ മുഖേന നടപ്പാക്കി വരുന്നു. ഇത്തരത്തിലുള്ള കുട്ടികളെ പദ്ധതിയിൽ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത് ചികിത്സാ ആനുകൂല്യം അനുവദിക്കുന്നതിനായി ധനസഹായം ബന്ധപ്പെട്ട ആശുപത്രികൾക്ക് നൽകി വരുന്നു.

3. ശ്രുതിതരംഗം പദ്ധതി - 5 വയസ്സുവരെ പ്രായമുള്ള കുട്ടികളിൽ നിന്നും

ശ്രവണവൈകല്യമുള്ള കുട്ടികളെ വളരെ ചെറുപ്പത്തിൽ തന്നെ കണ്ടെത്തി കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ സർജറി നടത്തി ആഡിറ്ററി വെർബൽ ഹബിലിറ്റേഷനിലൂടെ

വൈകല്യം മാറ്റിയെടുക്കുന്ന പദ്ധതിയാണ് ശ്രുതിതരംഗം. സർക്കാർ/സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളിലൂടെ ഈ പദ്ധതി നടപ്പിലാക്കി വരുന്നു. കൂടാതെ ശ്രുതിതരംഗം പദ്ധതി ആരംഭിക്കുന്നതിന് മുൻപ് രക്ഷിതാക്കളുടെ സ്വന്തം ചിലവിൽ കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ സർജറി നടത്തിയ 25 വയസ്സു വരെയുള്ളവർക്ക് സ്പീച്ച് പ്രോസസർ അപ്ഗ്രേഡ് ചെയ്ത് എക്സ്റ്റൻഡഡ് വാറന്റി നൽകുന്നതിനുള്ള ധനി പദ്ധതി

ആരംഭിച്ചിട്ടുണ്ട്. കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ ശസ്ത്രക്രിയ കഴിഞ്ഞ കുട്ടികളുടെ അനുബന്ധ ഉപകരണങ്ങളുടെ മെയിന്റനൻസ് നടത്തി നൽകുന്നു.

**4. ജുവനൈൽ ഡയബറ്റീസ് ബാധിച്ച കുട്ടികൾക്കുള്ള സാമൂഹ്യ സഹായ പദ്ധതി**

**(മിഠായി)-** Type 1 Diabetic ബാധിച്ച കുട്ടികൾക്കും കൗമാരക്കാർക്കും സമഗ്ര പരിരക്ഷ നൽകുന്നതിന് കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ ആവിഷ്കരിച്ച സമഗ്ര പദ്ധതിയാണ് 'മിഠായി'. ടി പദ്ധതിയിൽ continuous glucose monitoring, insulin pen/pump എന്നിവ നൽകുകയും കൗൺസിലിംഗും മാതാപിതാക്കൾക്ക് പരിശീനലവും മറ്റ് സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ സംവിധാനങ്ങൾ ഉൾപ്പെടെ 6 ഘടകങ്ങൾ ഉൾപ്പെടുന്ന ഒരു ബൂഹത് പദ്ധതിയാണിത്. ടി പദ്ധതിയുടെ ഭാഗമായി തിരുവനന്തപുരം, ആലപ്പുഴ, കോഴിക്കോട്, കോട്ടയം, തൃശ്ശൂർ എന്നീ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിൽ പ്രത്യേക Type 1 ഡയബറ്റിക് ക്ലിനിക്കുകൾ ആരംഭിച്ചിട്ടുണ്ട് . ടി ക്ലിനിക്കുകൾ മുഖേന കുട്ടികൾക്ക് ആവശ്യമായ മരുന്നും മറ്റ് ചികിത്സാ ഉപകരണങ്ങളും സൗജന്യമായി നൽകി വരുന്നു.

അനുബന്ധം -II

1. വീകെയർ പദ്ധതി മാനദണ്ഡങ്ങൾ -

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

2. സമാശ്വാസം പദ്ധതി - മാനദണ്ഡങ്ങൾ

സമാശ്വാസം I

- മാസത്തിലൊരിക്കലെങ്കിലും സ്ഥിരമായി ഡയാലിസിസിന് വിധേയരാകുന്ന ബി.പി.എൽ കുടുംബാംഗമായിരിക്കണം.
- ആറുമാസമെങ്കിലും തുടർച്ചയായ ഡയാലിസിസ് ആവശ്യമുള്ളവരാണെന്ന് വ്യക്തരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് നൽകിയിരിക്കണം.
- ഡയാലിസിസ് ചെയ്തു കൊണ്ടിരിക്കുന്ന രോഗിവ്യക്ത മാറ്റിവയ്ക്കൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു വിധേയനായി ഡയാലിസിസ് അവസാനിപ്പിച്ചാൽ വ്യക്ത മാറ്റിവയ്ക്കൽ ശസ്ത്രക്രിയക്കുശേഷമുള്ള Immuno Suppressive Treatment എടുക്കുന്ന കാലയളവിൽ പരമാവധി രണ്ട് വർഷം ധനസഹായത്തിന് അർഹതയുണ്ടായിരിക്കുന്നതാണ്. ഡയാലിസിസിന്റെ ഇടവേള ഒരു മാസത്തിൽ കുടുതലാണെങ്കിൽ ധനസഹായത്തിന് അർഹത യുണ്ടായിരിക്കുന്നതല്ല.
- മറ്റ് സർക്കാർ ധനസഹായം ലഭ്യമാകുന്നവർക്കും ഈ പ്രത്യേക ധനസഹായത്തിന് അർഹതയുണ്ടായിരിക്കും. ഈ പദ്ധതി പ്രകാരം പ്രതിമാസം 1100/- രൂപയാണ് ധനസഹായം അനുവദിക്കുന്നത്. അപേക്ഷ ഘോഷത്തിന്റെ പകർപ്പ് അനുബന്ധ III 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/കരൾ രോഗവിദഗ്ദ്ധൻ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് നൽകിയിരിക്കണം.
- കുടുംബ വാർഷികവരുമാനം 1 ലക്ഷം രൂപയിൽ താഴെയുള്ളവരായിരിക്കണം.
- മറ്റ് സർക്കാർ ധനസഹായം ലഭിക്കുന്നവർക്കും ഈ പ്രത്യേക ധനസഹായത്തിന് അർഹതയുണ്ടായിരിക്കും.
- ഈ പദ്ധതി പ്രകാരം പ്രതിമാസം 1000/- രൂപയാണ് ധനസഹായം അനുവദിക്കുന്നത്. അപേക്ഷ ഘോരത്തിന്റെ പകർപ്പ് അനുബന്ധം IV ആയി ചേർത്തിട്ടുണ്ട്

സമാശ്വാസം III

- രക്തം കട്ടപിടിക്കുന്നതിനാവശ്യമായ ഘടകങ്ങളുടെ കുറവ് മൂലം ഉണ്ടാകുന്ന ഹീമോഫീലിയയും അനുബന്ധ രോഗാവസ്ഥയും ഉള്ളവരാണ് ടി 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 രക്ഷകർത്താവിന്റെയും പേരിലുള്ള joint account ലേക്ക് കോർബാങ്കിംഗ്/RTGS വഴി പദ്ധതി ആനുകൂല്യം ട്രാൻസ്ഫർ ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്ത് നൽകുന്നതാണ്.
- എല്ലാവർഷവും 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 മെഡിക്കൽകോളേജ് പത്തോളജി വിഭാഗത്തിൽ നിന്നും നിശ്ചിതമാതൃകയിലുള്ള 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

മെഡിക്കൽകോളേജിലെ പത്തോളജി വിഭാഗം നൽകുന്ന സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെയും അടിസ്ഥാനത്തിൽ ആനുകൂല്യം അനുവദിക്കുന്നതാണ്.

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

3. ക്യാൻസർ സുരക്ഷാ പദ്ധതി : - മാനദണ്ഡങ്ങൾ

- 18 വയസ്സിന് താഴെ പ്രായമുള്ള ക്യാൻസർ ബാധിതരായ കുട്ടികളായിരിക്കണം.
- സംസ്ഥാനത്തെ തെരഞ്ഞെടുക്കപ്പെട്ട 14 ആശുപത്രികളിൽ ക്യാൻസർ ചികിത്സയ്ക്കായി സമീപിക്കുന്ന കുട്ടികൾക്കായിരിക്കും പദ്ധതി ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്നത്.
- സ്വന്തമായി ചികിത്സാചെലവ് വഹിക്കുവാൻ കഴിയാത്തവിധം വരുമാനം കുറഞ്ഞ കുടുംബങ്ങളിലെ കുട്ടികളായിരിക്കണം.
- കേരളത്തിലെ കുട്ടികളായിരിക്കണം
- ആശുപത്രിയിൽ കിടത്തി ചികിത്സിക്കുന്ന കാലയളവിലാണ് സൗജന്യ ചികിത്സസഹായം ലഭിക്കുക.
- ഈ പദ്ധതിയ്ക്ക് പ്രത്യേക അപേക്ഷ ഫോറം ഇല്ല

4. താലോലം പദ്ധതി :- മാനദണ്ഡങ്ങൾ

- 18 വയസ്സിനു താഴെപ്രായമുള്ള കുട്ടികളായിരിക്കണം.

- ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായ വൃക്ക വൈകല്യങ്ങൾ, കാർഡിയോവാസ്കുലാർ വൈകല്യങ്ങൾ, സെറിബ്രൽ പാൾസി, ഹീമോഫീലിയ, താലസീമിയ, സിക്കിൾസെൽ അനീമിയ, അസ്ഥിവൈകല്യങ്ങൾ, ഞരമ്പ് സംബന്ധമായ വൈകല്യങ്ങൾ എന്നീ രോഗങ്ങളുടെ ചികിത്സക്കും ഡയാലിസിസ് നടത്തുന്നതിനും ശസ്ത്രക്രിയചെയ്യുന്നതിനും 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 പദ്ധതിയ്ക്ക് പ്രത്യേക അപേക്ഷ ഫോറം ഇല്ല.

5. ശ്രുതിതരംഗം പദ്ധതി - മാനദണ്ഡങ്ങൾ

- 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 സാമൂഹ്യസുരക്ഷാ മിഷൻ എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർക്ക് നൽകണം.

6. ജുവനൈൽ ഡയബറ്റീസ് ബാധിച്ച കുട്ടികൾക്കുള്ള സാമൂഹ്യ സഹായ പദ്ധതി (മിറായി)

- ടി പദ്ധതി അപേക്ഷ ഓൺലൈൻ മുഖേനയാണ് സ്വീകരിക്കുന്നത്. [www.mittayi.org](http://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 സ്ഥിര താമസക്കാരായിരിക്കണം.
- Type 1 ഡയബറ്റിസ് 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.

  
 സെക്ഷൻ ഓഫീസർ

രജിസ്റ്റർ നം.

അനുബന്ധം III

സാമൂഹ്യ നീതി വകുപ്പ്

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ

സമാശ്വാസം പദ്ധതി

ഡയാലിസിസ് രോഗികൾക്ക് ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷാ ഫോറം  
(ബി.പി.എൽ വിഭാഗത്തിൽപ്പെടുന്ന 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, : 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 അറ്റസ്റ്റ് ചെയ്ത ബി.പി.എൽ റേഷൻകാർഡ് 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 :
- 10. ആധാർ നമ്പർ/ ആധാർ രജിസ്ട്രേഷൻ 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 അന്വേഷണം 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 .....മാസം മുതൽ പ്രതിമാസ ധനസഹായം അനുവദിച്ചിരിക്കുന്നു.

രജിസ്റ്റർ നമ്പർ :

തീയതി :

എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ

**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 കാര്യലയത്തിൽ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
4. അപേക്ഷകന്റെ പേരിൽ നാഷണലൈസ്ഡ് ബാങ്കിൽ ആരംഭിക്കുന്ന ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ, ബാങ്കിന്റെ പേര്, ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്, IFS കോഡ് നമ്പർ എന്നിവ അപേക്ഷയിൽ നിർബന്ധമായും രേഖപ്പെടുത്തണം.
5. അപേക്ഷകൻ ഡയാലിസിസ് ആരംഭിച്ച തീയതി തെളിയിക്കുന്നതിനായി ഡയാലിസിസ് രേഖപ്പെടുത്തുന്ന ബുക്കിന്റെ പകർപ്പ് മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
6. അപേക്ഷയിൽ ആവശ്യമായ മുഴുവൻ വിശദാംശങ്ങളും ചേർത്ത് ശിശുവികസന പദ്ധതി ഓഫീസർക്ക് സമർപ്പിക്കണം.
7. മാസത്തിൽ ഒരു പ്രാവശ്യമെങ്കിലും ഡയാലിസിസിന് വിധേയരാകുന്നവർക്ക് മാത്രമേ ധനസഹായത്തിന് അർഹതയുണ്ടായിരിക്കുകയുള്ളൂ.
8. ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റും തുടർ ചികിത്സാ സർട്ടിഫിക്കറ്റും മിഷന്റെ തിരുവനന്തപുരം ആസ്ഥാന ഓഫീസിലേക്ക് നേരിട്ട് അയച്ചു തരേണ്ടതാണ്. വിലാസം ചുവടെ ചേർക്കുന്നു.
9. അപേക്ഷകൾ സംബന്ധിച്ചുള്ള എല്ലാ കത്തിടപാടുകളിലും രജിസ്റ്റർ നമ്പർ നിർബന്ധമായും ചേർക്കേണ്ടതാണ്.
10. ആധാർ കാർഡ് ലഭിച്ചവർ ആയതിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് അടക്കം ചെയ്യണം.

**വിലാസം :**

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

## Acknowledgement Form

രജിസ്റ്റർ നം.

സ്റ്റാമ്പ്

(അപേക്ഷകൻ ഒട്ടിക്കേണ്ടത്)

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 .....കാരണത്താൽ താങ്കൾക്ക് ധനസഹായത്തിനർഹത കാണുന്നില്ല. അതിനാൽ താങ്കളുടെ അപേക്ഷ നിരസിച്ചതായി അറിയിക്കുന്നു.

എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ,  
കെ.എസ്.എസ്.എം

അപേക്ഷകന്റെ പേരും പൂർണ്ണമായ മേൽ വിലാസവും  
(അപേക്ഷകൻ രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടത്)

(അപേക്ഷകർ ഈ പേജിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാഫ് 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 പുതിപ്പിച്ച് 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 :

രജിസ്റ്റർ നം.

7

സാമൂഹ്യ നീതി വകുപ്പ്

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ  
സമാശ്വാസം പദ്ധതി II  
വൃക്ക/കരൾ മാറ്റി വയ്ക്കൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു വിധേയരായ രോഗികൾക്ക്  
ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷാ ഫോറം

1. അപേക്ഷകന്റെ പേര്
2. മേൽവിലാസം
  - വീട്ടുപേര്
  - 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. രോഗിയുടെ വാർഷിക വരുമാനം (വില്ലേജ് ആഫീസിൽ നിന്നും ലഭിക്കുന്ന വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ്/ബി.പി.എൽ. റേഷൻ കാർഡിന്റെ കോപ്പി/ബി.പി.എൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഹാജരാക്കുക)
7. കരൾ/വൃക്ക മാറ്റി വയ്ക്കൽ സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ
  - (എ). ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തിയ തീയതി
  - (ബി). ശസ്ത്രക്രിയ ചെയ്ത ഡോക്ടറുടെ പേര്
  - (സി). ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തിയ ആശുപത്രിയുടെ പേര്
  - (ഡി) ഇപ്പോൾ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടറുടെ പേര്
  - (ഇ) ഇപ്പോൾ ചികിത്സിക്കുന്ന ആശുപത്രിയുടെ പേര്
8. നിലവിൽ സമാശ്വാസം പദ്ധതിയുടെ ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്നുണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ എന്നു മുതൽ
9. രോഗിയുടെ പേരിൽ നാഷണലൈസ്ഡ് ബാങ്കിൽ ആരംഭിച്ചിട്ടുള്ള അക്കൗണ്ടിന്റെ വിശദാംശം
  - (എ). ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ
  - (പാസ്ബുക്കിലെ പേരും മേൽവിലാസവും അക്കൗണ്ട് നമ്പരും ഉള്ള പേജിന്റെ പകർപ്പ്)
  - (ബി) ബാങ്കിന്റെ പേര്
  - (സി) ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്
  - (ഡി). ഐ.എഫ്.എസ്.സി കോഡ് നമ്പർ
10. ആധാർ കാർഡ് നമ്പർ
  - (കാർഡ് ലഭിച്ചിട്ടില്ലെങ്കിൽ രജിസ്റ്റർ നമ്പർ)
11. വൃക്ക/കരൾ മാറ്റി വയ്ക്കൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു ശേഷം ബന്ധപ്പെട്ട ആശുപത്രികൾ നൽകുന്ന ഡിസ്ചാർജ്ജ് ഷീറ്റിന്റെ ഗസറ്റഡ് ആഫീസർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ് ഉള്ളടക്കം ചെയ്യേണ്ടതാണ്.

സത്യപ്രസ്താവന

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

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.....തീയതിയിൽ ..... ആശുപത്രിയിൽ വൃക്ക/കരൾ മാറ്റി വയ്ക്കൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയനാണെന്നും ഇപ്പോഴും തുടർ ചികിത്സയിലാണെന്നും അന്വേഷണത്തിൽ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്. ടിയാൻ/ടിയാൾക്ക് നിലവിലെ സ്പെഷ്യൽ സമാശ്വാസം പദ്ധതി മാനദണ്ഡ പ്രകാരമുള്ള ധനസഹായത്തിന് അർഹതയുള്ളതിനാൽ പ്രസ്തുത ധനസഹായത്തിന് ശുപാർശ ചെയ്തു കൊള്ളുന്നു/ ടിയാൻ/ടിയാൾക്ക് ടി ധനസഹായത്തിന് അർഹതയില്ലെന്നും റിപ്പോർട്ട് ചെയ്തുകൊള്ളുന്നു.

ഒപ്പ് :

പേര് :

ആഫീസ് മുദ്ര

..... ഐ.സി.ഡി.എസ്. പ്രോജക്ട്

..... ജില്ല

ആഫീസ് ഫോൺ നമ്പർ .....

സ്ഥലം :  
തീയതി :

**കേരള സാമൂഹ്യ സ്വരക്ഷാ മിഷൻ റീജിയണൽ ഡയറക്ടറുടെ തിരുമാനം**

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

തീയതി : ..... റീജിയണൽ ഡയറക്ടർ



(അപേക്ഷകർ ഈ പേജിന്റെ മേൽഭാഗത്ത് എടുത്ത് സൂക്ഷിക്കുക.)



Medical Certificate

Certified that (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 : Signature :  
Date : Name:  
Seal. Reg. No:  
Name of Hospital & Designation:.

(ആദ്യ അപേക്ഷകർക്ക് ശേഷം ഓരോ ആറ് മാസത്തിലും പുതിപ്പിച്ച് നൽകേണ്ടത്.)

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

Medical Certificate and Life Certificate

Certified that (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.

Place : Signature :  
Date : Name:  
Designation:  
Seal. Reg. No:  
Name of Hospital :

(അപേക്ഷകർ ഈ പേജിന്റെ ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് എടുത്ത് സൂക്ഷിക്കുക)

മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ

1. അപേക്ഷകൻ വൃക്ക/കരൾ മാറ്റി വയ്ക്കൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയമായി തുടർ ചികിത്സയിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്നയാളായിരിക്കണം. ശസ്ത്രക്രിയ കഴിഞ്ഞ് തുടർ ചികിത്സയിൽ ഏർപ്പെടുന്നവർക്ക് പരമാവധി 5 വർഷകാലമാണ് ധനസഹായത്തിനർഹതയുണ്ടായിരിക്കുക.
2. അപേക്ഷാ ഫാറത്തിനോടൊപ്പമുള്ള മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ നിശ്ചിത ഫോറത്തിൽ സർക്കാർ/സ്വകാര്യ ആശുപത്രിയിലെ വൃക്ക/കരൾരോഗ വിദഗ്ദ്ധനിൽ നിന്നും സർട്ടിഫിക്കറ്റ് വാങ്ങി അപേക്ഷയോടൊപ്പം ചേർക്കേണ്ടതാണ്.
3. അപേക്ഷകന്റെ ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റും തുടർചികിത്സാ സർട്ടിഫിക്കറ്റും സർക്കാർ/സ്വകാര്യ ആശുപത്രിയിലെ വൃക്കരോഗ വിദഗ്ദ്ധനിൽ നിന്നും ശേഖരിച്ച് 6 മാസത്തിലൊരിക്കൽ ഈ കാര്യർലയത്തിൽ 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- ആറു മാസത്തിലൊരിക്കൽ കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർക്ക് നൽകേണ്ടതാണ്.
8. അപേക്ഷാഫോറം ശിശുവികസന പദ്ധതി ആഫീസുകൾ, കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷന്റെ കോഴിക്കോടുള്ള റീജിയണൽ ആഫീസ്, വയോമിത്രം ആഫീസുകൾ മിഷന്റെ ഹെഡ് ആഫീസ്, മിഷന്റെ വെബ്സൈറ്റ് എന്നിവിടങ്ങളിൽ നിന്നും ലഭിക്കുന്നതാണ്.

വിലാസം :

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

