

കേരള സംസ്ഥാന വികലാംഗക്ഷേമ കോർപ്പറേഷൻ
പൂജപ്പുര, തിരുവനന്തപുരം - 695012,
ഫോൺ: 0471-2347768, 7152, 7153, 7156 പാറ്റൂർ ഉപകരണ നിർമ്മാണ യൂണിറ്റ്
ഫോൺ നം. 0471-2743162 ഫാക്സ്: 0471-2340568
ഇ.മെയിൽ: kshpwc@kerala.gov.in, kshpwc2017@gmail.com, വെബ്സൈറ്റ്: www.hpwc.kerala.gov.in

മേഖലാ ഓഫീസ്:
കോസ്റ്റഗാർഡിന് എതിർവശം,
ഫോർട്ട്കൊച്ചി, കൊച്ചി - 682 001
ഫോൺ: 9400141669.

മേഖലാ ഓഫീസ്:
സിവിൽ സ്റ്റേഷൻ, ഡി ബ്ലോക്ക്,
കോഴിക്കോട് -673020
ഫോൺ:0495-2370463

ഭിന്നശേഷിക്കാർക്ക് ആവശ്യമായ സഹായ ഉപകരണങ്ങൾക്കുള്ള അപേക്ഷാഫോറം

1	അപേക്ഷകന്റെ പേര്		പാസ്പോർട്ട് സൈസ് ഫോട്ടോ പതിച്ചിരിക്കണം	
2	പൂർണ്ണമായ മേൽവിലാസവും (പിൻകോഡ് ഉൾപ്പെടെ)			
3	സ്ത്രീ/പുരുഷൻ/ട്രാൻസ്ജെൻഡർ			
4	ആധാർ നമ്പർ			
5	ജില്ല	ബ്ലോക്ക്	പഞ്ചായത്ത്/ മുനിസിപ്പാലിറ്റി/ കോർപ്പറേഷൻ	നിയോജകമണ്ഡലം
6	ലാൻ്റ് നമ്പർ, മൊബൈൽ നമ്പർ			
7	ജനന തീയതി, വയസ്സ്			
8	ഭിന്നശേഷിതാ ശതമാനവും, സ്വഭാവവും			
9	ആവശ്യപ്പെടുന്ന ഉപകരണം			
10	മുൻപ് ഉപകരണം ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടോ(ഉണ്ടെങ്കിൽ)			
11	വാർഷിക വരുമാനം			
12	റേഷൻ കാർഡിന്റെ വിഭാഗം, നമ്പർ			

സത്യപ്രസ്താവന

മേൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള എല്ലാകാര്യങ്ങളും എന്റെ ഉത്തമ വിശ്വാസത്തിലും അറിവിലും ശരിയും സത്യവുമാണെന്ന് ഇതിനാൽ ഞാൻ പ്രതിജ്ഞ ചെയ്തുകൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം:
 തീയതി:

അപേക്ഷകന്റെ പേര്:
 ഒപ്പ്/വിരലടയാളം:

സർക്കാർ ഡോക്ടറുടെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

ശ്രീ/ശ്രീമതി. നെ പരിശോധന നടത്തിയതിൽ ടിയാൾക്ക് (ഭിന്നശേഷിതം)..... (ശതമാനം) ഉണ്ടെന്ന് കാണുന്നതിനാൽ ടിയാൾക്ക്ഉപകരണം അത്യാവശ്യമാണെന്ന് ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

സ്ഥലം:
 തീയതി:

മെഡിക്കൽ പരിശോധന നടത്തിയ ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പും:
 പേരും:
 ഔദ്യോഗിക പദവി:
 രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ:

ഓഫീസ് സീൽ

NB: PHC/CHC/ താലൂക്ക് / ജില്ല ആശുപത്രികൾ ഇവയിൽ ഏതിലെങ്കിലും സേവനം അനുഷ്ഠിക്കുന്ന മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്താവുന്നതാണ്

വരുമാനം സംബന്ധിച്ച സാക്ഷ്യപത്രം

..... നമ്പർ റേഷൻ കാർഡ്/വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ് അനുസരിച്ച് അപേക്ഷകന്റെ വാർഷിക കുടുംബവരുമാനം രൂപയാണെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ചെയ്യുന്ന ഉദ്യോഗസ്ഥന്റെ ഒപ്പും സീലും

ഉപകരണം കൈപ്പറ്റിയിരിക്കുന്നു.

തീയതി

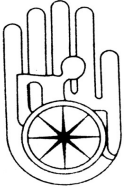
ഈ അപേക്ഷയോടൊപ്പം താഴെപ്പറയുന്ന 1-4 വരെയുള്ള ഉള്ളടക്കം ചെയ്യുന്ന രേഖകളുടെ 2 പകർപ്പ് കൂടി താഴെപ്പറയുന്ന ക്രമത്തിൽ ടിക്ക് ചെയ്ത് അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്. (കോപ്പികൾ സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്)

1. 40 ശതമാനമോ അതിൽ അധികമോ ഉള്ള ഭിന്നശേഷിതം തെളിയിക്കുന്ന മെഡിക്കൽബോർഡ് സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ കോപ്പി.
2. റേഷൻകാർഡിന്റെ 1, 2 പേജുകളുടെ കോപ്പി
3. ആധാർ കാർഡിന്റെ കോപ്പി
4. വാർഷികവരുമാനം ഒരു ലക്ഷം രൂപയിൽ താഴെയുള്ള മുൻഗണന,പൊതു വിഭാഗം സബ്സിഡി വിഭാഗത്തിൽപ്പെട്ട ഗുണഭോക്താക്കൾക്ക് അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കാവുന്നതാണ്.
5. രണ്ട് പാസ്പോർട്ട് സൈസ് ഫോട്ടോ.

- 40 ശതമാനമോ അതിൽ അധികമോ ഉള്ള ഭിന്നശേഷിതം തെളിയിക്കുന്ന മെഡിക്കൽ ബോർഡിന്റെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഉള്ളവർ മാത്രം അപേക്ഷിച്ചാൽ മതി.
- ഉപകരണ വിതരണ സമയത്ത് ഒർജിനൽ റേഷൻ കാർഡും, രണ്ട് പാസ്പോർട്ട് സൈസ് ഫോട്ടോയും നിർബന്ധമായും ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്.
- മൂന്ന് വർഷത്തിനകം ഒരേ ഉപകരണം കോർപ്പറേഷൻ വഴി ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ മൂന്നു വർഷത്തിന് ശേഷം മാത്രമേ പുതുതായി അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കാൻപാടുള്ളൂ .

❖ അപേക്ഷാഫോറം തികച്ചും സൗജന്യമാണ്

മാനേജിംഗ് ഡയറക്ടർ



കേരള സംസ്ഥാന വികലാംഗക്ഷേമ കോർപ്പറേഷൻ
പൂജപ്പുര, തിരുവനന്തപുരം - 695012,
ഫോൺ: 0471-2347768, 7152, 7153, 7156 പാറ്റൂർ ഉപകരണ നിർമ്മാണ യൂണിറ്റ്
ഫോൺ നം. 0471-2743162 ഫാക്സ്: 0471-2340568
ഇ.മെയിൽ: kshpwc@kerala.gov.in, kshpwc2017@gmail.com, വെബ്സൈറ്റ്: www.hpwc.kerala.gov.in

മേഖലാ ഓഫീസ്:
കോസ്റ്റാർഡിന് എതിർവശം,
ഫോർട്ട്കൊച്ചി, കൊച്ചി - 682 001
ഫോൺ: 9400141669.

മേഖലാ ഓഫീസ്:
സിവിൽ സ്റ്റേഷൻ, ഡി ബ്ലോക്ക്,
കോഴിക്കോട് -673020
ഫോൺ:0495-2370463

ശ്രവണസഹായിക്കുള്ള അപേക്ഷാഫോറം

1	അപേക്ഷകന്റെ പേര്		പാസ്പോർട്ട് സൈസ് ഫോട്ടോ പതിച്ചിരിക്കണം	
2	പൂർണ്ണമായ മേൽവിലാസവും (പിൻകോഡ് ഉൾപ്പെടെ)			
3	സ്ത്രീ/പുരുഷൻ/ട്രാൻസ്ജെൻഡർ			
4	ആധാർ നമ്പർ			
5	ജില്ല	ബ്ലോക്ക്	പഞ്ചായത്ത്/ മുനിസിപ്പാലിറ്റി/ കോർപ്പറേഷൻ	നിയോജകമണ്ഡലം
6	ലാൻ്റ് നമ്പർ, മൊബൈൽ നമ്പർ			
7	ജനന തീയതി, വയസ്സ്			
8	ഭിന്നശേഷിതാ ശതമാനവും, സ്വഭാവവും			
9	ആവശ്യപ്പെടുന്ന ഉപകരണം			
10	മുൻപ് ഉപകരണം ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടോ(ഉണ്ടെങ്കിൽ)			
11	വാർഷിക വരുമാനം			
12	റേഷൻ കാർഡിന്റെ വിഭാഗം, നമ്പർ			

സത്യപ്രസ്താവന

മേൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള എല്ലാകാര്യങ്ങളും എന്റെ ഉത്തമ വിശ്വാസത്തിലും അറിവിലും ശരിയും സത്യവുമാണെന്ന് ഇതിനാൽ ഞാൻ പ്രതിജ്ഞ ചെയ്തുകൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം:
 തീയതി:

അപേക്ഷകന്റെ പേര്:
 ഒപ്പ്/വിരലടയാളം:

സർക്കാർ വിദഗ്ദ്ധ ഡോക്ടറുടെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

ശ്രീ/ശ്രീമതി. നെ പരിശോധന നടത്തിയതിൽ ടിയാൾക്ക്
 (ഭിന്നശേഷിതം)..... (ശതമാനം) ഉണ്ടെന്ന് കാണുന്നതിനാൽ ടിയാൾക്ക്
ഉപകരണം അത്യാവശ്യമാണെന്ന് ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

സ്ഥലം:
 തീയതി:

മെഡിക്കൽ പരിശോധന നടത്തിയ വിദഗ്ദ്ധ ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പും:
 പേരും:
 ഔദ്യോഗിക പദവി:
 രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ:

ഓഫീസ് സീൽ

വരുമാനം സംബന്ധിച്ച സാക്ഷ്യപത്രം

..... നമ്പർ റേഷൻ കാർഡ്/വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ് അനുസരിച്ച് അപേക്ഷകന്റെ വാർഷിക കുടുംബവരുമാനം രൂപയാണെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ചെയ്യുന്ന ഉദ്യോഗസ്ഥന്റെ ഒപ്പും സീലും

ഉപകരണം കൈപ്പറ്റിയിരിക്കുന്നു.

തീയതി

ഈ അപേക്ഷയോടൊപ്പം താഴെപ്പറയുന്ന 1-4 വരെയുള്ള ഉള്ളടക്കം ചെയ്യുന്ന രേഖകളുടെ 2 പകർപ്പ് കൂടി താഴെപ്പറയുന്ന ക്രമത്തിൽ ടിക്ക് ചെയ്ത് അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്. (കോപ്പികൾ സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്)

1. 40 ശതമാനമോ അതിൽ അധികമോ ഉള്ള ഭിന്നശേഷിതം തെളിയിക്കുന്ന മെഡിക്കൽബോർഡ് സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ കോപ്പി.
2. റേഷൻകാർഡിന്റെ 1, 2 പേജുകളുടെ കോപ്പി
3. ആധാർ കാർഡിന്റെ കോപ്പി
4. വാർഷികവരുമാനം ഒരു ലക്ഷം രൂപയിൽ താഴെയുള്ള മുൻഗണന,പൊതു വിഭാഗം സബ്സിഡി വിഭാഗത്തിൽപ്പെട്ട ഗുണഭോക്താക്കൾക്ക് അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കാവുന്നതാണ്.
5. രണ്ട് പാസ്പോർട്ട് സൈസ് ഫോട്ടോ

- 40 ശതമാനമോ അതിൽ അധികമോ ഉള്ള ഭിന്നശേഷിതം തെളിയിക്കുന്ന മെഡിക്കൽ ബോർഡിന്റെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഉള്ളവർ മാത്രം അപേക്ഷിച്ചാൽ മതി.
- ഉപകരണ വിതരണ സമയത്ത് ഒർജിനൽ റേഷൻ കാർഡും, രണ്ട് പാസ്പോർട്ട് സൈസ് ഫോട്ടോയും നിർബന്ധമായും ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്.
- മൂന്ന് വർഷത്തിനകം ഒരേ ഉപകരണം കോർപ്പറേഷൻ വഴി ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ മൂന്നുവർഷത്തിന് ശേഷം മാത്രമേ പുതുതായി അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കാൻ പാടുള്ളൂ.

❖ അപേക്ഷാഫോറം തികച്ചും സൗജന്യമാണ്

