



കേരള സർക്കാർ
സാമൂഹ്യനീതി വകുപ്പ്

വയോ മധുരം പദ്ധതി - അപേക്ഷ ഫാറം

- | | | |
|----|---|---|
| 1 | അപേക്ഷകന്റെ പേര് | - |
| 2 | ജനന തീയതി, വയസ്സ് | - |
| 3 | സ്ഥിര മേൽ വിലാസം | - |
| 4 | ഇപ്പോഴത്തെ മേൽ വിലാസം | - |
| 5 | Mobile/Land line No. | - |
| 6 | Aadhar No.
(സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ്) | - |
| 7 | റേഷൻ കാർഡിന്റെ വിവരങ്ങൾ (മുൻഗണനാ വിഭാഗം) സംബന്ധിച്ച്
റേഷൻ കാർഡിന്റെ സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ് | - |
| 8 | a പ്രമേഹത്തിന് നിലവിൽ ചികിത്സയിലാണോ?
b 'അതെ' എങ്കിൽ ചികിത്സ തേടുന്ന ആശുപത്രി/സ്ഥാപനത്തിന്റെ പേര് | - |
| 9 | എത്ര കാലമായി ചികിത്സ തേടുന്നു
കാലയളവ് രേഖപ്പെടുത്തി സർക്കാർ ഡോക്ടർ നൽകുന്ന സാക്ഷ്യപത്രം | - |
| 10 | ഗ്ലൂക്കോമീറ്റർ ഉപയോഗിക്കുന്ന പ്രമേഹ രോഗിയാണോ? | - |

സത്യപ്രസ്താവന

ഈ അപേക്ഷയിൽ നൽകിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും പൂർണ്ണമായും സത്യമാണെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

അപേക്ഷകന്റെ പേരും ഒപ്പും

സ്ഥലം:

തീയതി:

മാർഗ്ഗ നിർദ്ദേശങ്ങൾ

1. അപേക്ഷകന്റെ പ്രായം തെളിയിക്കുന്നതിന് ആധാർ കാർഡിന്റെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ് അപേക്ഷയോടൊപ്പം ലഭ്യമാക്കണം.
2. മുൻഗണനാ വിഭാഗത്തിൽപ്പെടുന്നതായി തെളിയിക്കുന്ന രേഖകൾ റേഷൻ കാർഡ്/BPL സർട്ടിഫിക്കറ്റ്. (സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയിരിക്കണം)
3. അപേക്ഷകൻ പ്രമേഹ രോഗിയാണെന്നുള്ള സർക്കാർ/NRHM ഡോക്ടറുടെ സാക്ഷ്യപത്രം. (എത്രകാലമായി പ്രമേഹത്തിന് ചികിത്സയിലാണ് എന്നും വ്യക്തമാക്കണം).

4. അന്വേഷണ റിപ്പോർട്ട്
 അപേക്ഷയും അനുബന്ധ രേഖകളും പരിശോധിച്ചതിൽ വയോ മധുരം പദ്ധതി പ്രകാരം പ്രമേഹ രോഗാവസ്ഥ നിർണ്ണയത്തിനായുള്ള ഗ്ലൂക്കോമീറ്റർ സൗജന്യമായി -----
 -----ന് നൽകാവുന്നതാണെന്ന് കാണുന്നു.

ഒപ്പ്
ജില്ലാ സാമൂഹ്യനീതി ഓഫീസർ

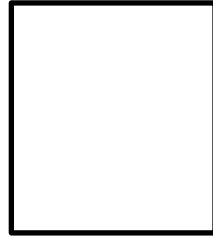


Photo of the patient
attested by Doctor

Vayomadhuram
Medical Certificate

This is to certify that Sri/Smt. -----

----- (Name & Address), aged ----- is a Diabetic patient

and is under treatment from ----- years.

Identification marks of the patient:1)

2)

Signature :

Name of the Doctor :

Designation :

Registration No. :

Name of the Govt. Hospital :

Place :

Office Seal :

Date :

പ്രത്യേക ശ്രദ്ധയ്ക്ക്

അപേക്ഷകൻ/അപേക്ഷക പ്രമേഹ രോഗത്തിന് നിലവിൽ ചികിത്സ തുടർന്നു വരുന്നയാളും 60 വയസ്സിനു മേൽ പ്രായമുള്ള വ്യക്തിയുമായിരിക്കണം.