

Affix photo



കേരള സർക്കാർ

സാമൂഹ്യനീതി വകുപ്പ്

ലിംഗമാറ്റ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയരായ ട്രാൻസ്ജൻഡർ വ്യക്തികൾക്ക് തുടർ ചികിത്സയ്ക്ക് ധനസഹായം അനുവദിക്കുന്നതിനുള്ള അപേക്ഷ.

(നിബന്ധനകൾ പൂർണ്ണമായും വായിച്ച ശേഷം അപേക്ഷ പൂരിപ്പിക്കുക)

1	അപേക്ഷകന്റെ പേര് (ഇംഗ്ലീഷിലും (വലിയ അക്ഷരത്തിൽ) മലയാളത്തിലും)	
2	മേൽ വിലാസം പിൻ കോഡ് സഹിതം	
3	മൊബൈൽ നം.	
4	പിതാവിന്റെ പേര്	
5	ട്രാൻസ്ജൻഡർ ID Card No.	
6	ലിംഗമാറ്റ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയമായ ആശുപത്രിയുടെ പേരും പൂർണ്ണമായ മേൽ വിലാസം, ശസ്ത്രക്രിയ നടന്ന തീയതി	
7	ലിംഗമാറ്റ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് നേതൃത്വം നൽകിയ ഡോക്ടറുടെ പേര്	
8	ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ചെലവായ ആകെ തുക	
9	അപേക്ഷകന്റെ പ്രായം,ജനന തീയതി	
10	അപേക്ഷകന്റെ തൊഴിൽ, വാർഷിക വരുമാനം	
11	അപേക്ഷകന്റെ പേരിൽ ദേശസാൽകൃത ബാങ്കിൽ നിലവിലുള്ള സേവിംഗ് ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നം., IFS കോഡ്, ബാങ്കിന്റെ പേര്, ബ്രാഞ്ച്	

സ്ഥലം:

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ്:

തീയതി:

പേര്:

മാർഗ്ഗ നിർദ്ദേശങ്ങൾ

1. നിശ്ചിത മാതൃകയിലുള്ള അപേക്ഷ പൂർണ്ണമായും പൂരിപ്പിച്ചിരിക്കണം.
2. അപേക്ഷകന് വകുപ്പ് നൽകുന്ന TG ID കാർഡ്, മേൽ വിലാസം,പ്രായം ഇവ തെളിയിക്കുന്നതിനുള്ള രേഖ (വോട്ടേഴ്സ് ID/ആധാർ) എന്നിവയുടെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പുകൾ.
3. ലിംഗമാറ്റ ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ചികിത്സാ റിപ്പോർട്ട്, ശസ്ത്രക്രിയ തീയതി വ്യക്തമാക്കിയിട്ടുള്ള ഡോക്ടറുടെ സാക്ഷ്യപത്രം, ചെലവായ തുക സംബന്ധിച്ച ബില്ലുകളുടെ പകർപ്പുകൾ മുതലായവ.
4. ലിംഗമാറ്റത്തിനായുള്ള ആദ്യഘട്ട ശസ്ത്രക്രിയ/എല്ലാ ഘട്ടങ്ങളും പൂർത്തീകരിച്ചവർ എന്നിവർക്ക് അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കാവുന്നതാണ്.
5. പ്രായ പരിധി 18-40 വയസ്സ്.
6. ബാങ്ക് പാസ്സ് ബുക്കിന്റെ ആദ്യ പേജിന്റെ പകർപ്പ് ഹാജരാക്കണം.
7. അപേക്ഷകന്റെ ഡിക്ലറേഷൻ (മാതൃക ഉള്ളടക്കം ചെയ്യുന്നു).

പ്രസ്താവന

ഞാൻ -----

(പേരും, അഡ്രസ്സും)----- തീയതിയിൽ ലിംഗമാറ്റ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയമായ വ്യക്തിയാണെന്നും എന്റെ ജനന തീയതി ----- ആണെന്നും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

സ്ഥലം:

ഒപ്പ്:

തീയതി:

പേര്:

അഡ്രസ്സ്: