

വഖ്ഫ് ബോർഡ് സാമൂഹ്യക്ഷേമ (കേരള) പദ്ധതി

ചികിത്സാ ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷാ ഫാറം

(18 വയസ്സിന് താഴെയുള്ള രോഗികൾക്ക് മാതാവോ പിതാവോ കുടുംബ ബന്ധമുള്ള രക്ഷാകർത്താവോ ആണ് അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കേണ്ടത്. ഇപ്രകാരം അപേക്ഷിക്കുമ്പോൾ അപേക്ഷകനുമായി രോഗിക്കുള്ള ബന്ധം വ്യക്തമാക്കിയിരിക്കേണ്ടതാണ്. അപേക്ഷാ ഫാറത്തിൽ കാണിച്ചിട്ടുള്ള രോഗങ്ങൾക്ക് മാത്രമേ ധനസഹായം അനുവദിക്കുകയുള്ളൂ)

രോഗിയുടെ പേര്			
രോഗി മൈനറാണെങ്കിൽ രക്ഷാകർത്താവിന്റെ പേര്			
രോഗിയുടെ വയസ്സ്			
കത്തിടപാടുകൾക്കുള്ള മേൽ വിലാസം		സ്ഥിരമായ മേൽ വിലാസം	
ജില്ല:		ജില്ല:	
പിൻകോഡ്:		പിൻകോഡ്:	
ഫോൺ നമ്പർ:		ഫോൺ നമ്പർ:	
പഞ്ചായത്ത് / മുനിസിപ്പാലിറ്റി / കോർപ്പറേഷൻ	വില്ലേജ്	താലൂക്ക്	
രോഗ വിവരം (താഴെ കാണിച്ചിട്ടുള്ളവയിൽ ഏതെന്ന് എടുത്തെഴുതുക)			
കിഡ്നി മാറ്റി വയ്ക്കൽ / ഡയാലിസിസ് / ഹൃദയ ശസ്ത്രക്രിയ / ആഞ്ജിയോ പ്ലാസ്റ്റി ക്യാൻസർ / മേജർ ഓപ്പറേഷൻ (അനുബന്ധം 1 പൂരിപ്പിച്ച് സമർപ്പിക്കണം)			
രോഗിയുടെ കുടുംബ വാർഷിക വരുമാനം (അനുബന്ധം 2 പൂരിപ്പിച്ച് സമർപ്പിക്കണം)			
രോഗിക്ക് അംഗത്വമുള്ള മഹല്ലിന്റെ ശരിയായ പേരും, വിലാസവും, വഖ്ഫ് ബോർഡ് രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പറും. (രജിസ്റ്റർ ചെയ്തിട്ടില്ലെങ്കിൽ ആ വിവരം കാണിക്കണം) (താലൂക്ക്, ജില്ല ഉൾപ്പെടെ) (അനുബന്ധം 3 പൂരിപ്പിച്ച് സമർപ്പിക്കണം)			
ബാങ്ക് സംബന്ധമായ വിവരങ്ങൾ			
രോഗിയുടെ പേര്			
ബാങ്കിന്റെ പേര്			
ബാങ്ക് ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്			
ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ			
IFSC No.			
ടി രോഗവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് സർക്കാരിൽ നിന്നോ ബോർഡിൽ നിന്നോ ലഭിച്ച / ലഭിക്കുന്ന സഹായത്തിന്റെ വിശദ വിവരം.			

സത്യ പ്രതിജ്ഞ

അപേക്ഷയിലും അപേക്ഷയോടൊപ്പമുള്ള സാക്ഷ്യപത്രങ്ങളിലും കാണിച്ചിട്ടുള്ള മുഴുവൻ വിവരങ്ങളും എന്റെ അറിവിൽപ്പെട്ടിടത്തോളം സത്യമായിട്ടുള്ളതാണ്.

സ്ഥലം : രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / വിരലടയാളം

തീയതി : രോഗിയുടെ പേര് :

ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന്

അപേക്ഷാ നമ്പർ	അപേക്ഷ ലഭിച്ച തീയതി	മീറ്റിംഗ് തീയതി

എടുത്ത തീരുമാനം :

(അനുബന്ധം - 1)

രോഗ വിവരം തെളിയിക്കുന്നതിനുള്ള സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

(ചികിൽസ നടത്തി വരുന്ന ആശുപത്രിയിലെ ഡോക്ടർ പുരിപ്പിച്ച് ഒപ്പും മുദ്രയും പതിക്കണം)

ശ്രീ / ശ്രീമതി.....വയസ്സ് S/o.D/o.W/o
 വീട്ടുപേര് ജില്ല

..... എന്നയാൾക്ക് രോഗമാണെന്നും ടി രോഗത്തിന് തുടർച്ചയായ ചികിൽസ / സർജറി വേണ്ടി വരുമെന്നും തീയതി സർജറി നിശ്ചയിച്ചിട്ടുള്ളതാണെന്നും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

തീയതി: ആശുപത്രി മുദ്ര ഡോക്ടറുടെ പേരും ഒപ്പും

(അനുബന്ധം - 2)

വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

(ബന്ധപ്പെട്ട വില്ലേജ് ഓഫീസർ പുരിപ്പിച്ച് ഒപ്പും മുദ്രയും പതിക്കണം)

വില്ലേജ് ഓഫീസർ :
 തീയതി :

..... ജില്ലയിൽ താലൂക്കിൽ വില്ലേജിൽ
 വീട്ടിൽ S/o.D/o.W/o
 എന്നയാളുടെ കുടുംബ വാർഷിക വരുമാനം താഴെ കാണിച്ചിരിക്കുന്ന പ്രകാരമാണെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

ഭൂമിയിൽ നിന്നുള്ള ആദായം	ശമ്പളം / പെൻഷൻ (കുടുംബ പെൻഷൻ ഒഴികെ)	കച്ചവടം	കൂലി വേല	വാടക	മറ്റിനങ്ങൾ	ആകെ

മൊത്തത്തിലുള്ള തുക അക്കത്തിൽ :

അക്ഷരത്തിൽ :

ഓഫീസ് മുദ്ര

വില്ലേജ് ഓഫീസർ

N.B :- വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ് അപേക്ഷകന്റെ പേരിലുള്ളതായിരിക്കണം.

(അനുബന്ധം - 3)

അംഗത്വ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

(മഹല്ല് അധികാരി പുരിപ്പിച്ച് ഒപ്പും മുദ്രയും പതിക്കണം)

ശ്രീ / ശ്രീമതി.....വയസ്സ് S/o.D/o.W/o
 വീട്ടുപേര് ജില്ല

..... എന്നയാളും കുടുംബവും മഹല്ലിലെ അംഗങ്ങളാണെന്നും ടി ആവശ്യാർത്ഥം ഇതേ വ്യക്തിക്ക് വഖ്ഫ് ബോർഡിൽ നിന്നും ധനസഹായം യാതൊന്നും ലഭിച്ചിട്ടില്ലായെന്നും ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു. ടി മഹല്ല് കേരള സ്റ്റേറ്റ് വഖ്ഫ് ബോർഡിൽ നമ്പരായി രജിസ്റ്റർ ചെയ്തിട്ടുള്ളതാണ്. / രജിസ്റ്റർ ചെയ്തിട്ടില്ലാത്തതാണ്.

തീയതി: മഹല്ല് മുദ്ര മഹല്ല് അധികാരിയുടെ പേരും ഒപ്പും
 ഫോൺ നമ്പർ : സ്ഥാനപ്പേര് (മുദ്ര)

- N.B:- 1.അംഗത്വ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് മഹല്ല് ജുമാ മസ്ജിദിൽ നിന്നുള്ളതും അതേ പേരിലുള്ള മുദ്ര പതിച്ചതുമായിരിക്കണം.
 2.മദ്രസ, ഖാസി, സഭ, സംഘം എന്നിവയിൽ നിന്നുള്ളതോ വ്യത്യസ്ത മുദ്ര പതിച്ചതോ ആയ അംഗത്വ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് സ്വീകാര്യമല്ലാത്തതും അപേക്ഷ നിരസിക്കാൻ കാരണമാകുന്നതുമാണ്.
 3.മഹല്ല് ജുമാ മസ്ജിദിന്റെ നിലവിലുള്ള പേരും വഖ്ഫ് ബോർഡിലുള്ള പേരും തമ്മിൽ എന്തെങ്കിലും വ്യത്യാസമുണ്ടെങ്കിൽ ആ വിവരം പ്രത്യേകം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്.

വെബ്ബ് ബോർഡ് സാമൂഹ്യക്ഷേമ (കേരള) പദ്ധതി

ചികിത്സ സഹായം

അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കേണ്ടത്

1. രോഗി തന്നെയാണ് അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കേണ്ടത്. 18 വയസ്സിനു താഴെയുള്ളവർക്ക് രക്ഷാകർത്താവിന് അപേക്ഷിക്കാം.
2. മേൽവിലാസത്തിലുള്ള മാറ്റം അതാതു സമയങ്ങളിൽ രേഖാമൂലം ഓഫീസിൽ അറിയിക്കേണ്ടതാണ്. (അപേക്ഷയിലും അനുബന്ധരേഖകളിലും പേര്, വീട്ടുപേര്, വീട്ടുനമ്പർ ഇവയിൽ വ്യത്യസ്തമുണ്ടെങ്കിൽ വിശദീകരണം/വില്ലേജാഫീസറിൽ നിന്നുള്ള സാക്ഷ്യപത്രം ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്.)
3. ക്യാൻസർ, ബൈപാസ് സർജറി, ആഞ്ജിയോ പ്ലാസ്റ്റി, കിഡ്നി മാറ്റി വയ്ക്കൽ, ഡയാലിസിസ്, മേജർ ഓപ്പറേഷൻ എന്നിവയ്ക്കാണ് സഹായം അനുവദിക്കുന്നത്.
4. അപേക്ഷയിൽ നിർദ്ദേശിച്ചിട്ടുള്ള സ്ഥലത്ത് രോഗി ഒപ്പ് വയ്ക്കേണ്ടതാണ്.
5. അപേക്ഷകൻ ബോർഡിൽ രജിസ്റ്റർ ചെയ്തിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും മഹല്ലിൽ അംഗമായിരിക്കേണ്ടതും ആയത് മഹല്ല് അധികാരി സർട്ടിഫൈ ചെയ്യേണ്ടതുമാണ്. ജുമാ മസ്ജിദ് മഹല്ലിന്റെ വെബ്ബ് ബോർഡിലുള്ള പേരും നിലവിലുള്ള പേരും തമ്മിൽ എന്തെങ്കിലും വ്യത്യാസമുണ്ടെങ്കിൽ ആ വിവരം പ്രത്യേകം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്.
6. ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടറുടെ മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഹാജരാക്കേണ്ടതും, ടി സർട്ടിഫിക്കറ്റിൽ രോഗം എന്താണെന്ന് മനസ്സിലാക്കത്തക്ക വിധത്തിൽ ഡോക്ടർ തന്നെ വ്യക്തമാക്കി എഴുതി സർട്ടിഫൈ ചെയ്യേണ്ടതും ഓപ്പറേഷൻ / ചികിത്സയ്ക്ക് വേണ്ടി വന്നേക്കാവുന്ന സംഖ്യ, ചികിത്സാ കാലാവധി, എന്നിവ സംബന്ധിച്ച വിവരം രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടതുമാണ്.
7. ഓരോ അസുഖത്തിനും അതാത് ചികിത്സയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട മേഖലയിൽ പ്രാഗത്ഭ്യമുള്ള ഡോക്ടർമാരിൽ നിന്നും സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്.
8. ഡയാലിസിസ് / സർജറി / ആഞ്ജിയോ പ്ലാസ്റ്റി എന്നിവയ്ക്ക് സർജറിക്ക് മുൻ/സർജറി കഴിഞ്ഞ് 6 മാസത്തിനകം അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. മേജർ സർജറിയാണെങ്കിൽ ആയത് ബന്ധപ്പെട്ട ഡോക്ടർ പ്രത്യേകം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്.
9. 50,000/- രൂപ വരെ വരുമാനം കാണിക്കുന്ന സർട്ടിഫിക്കറ്റ് വില്ലേജ് ഓഫീസറിൽ നിന്നും വാങ്ങി ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്.
10. രോഗിയുടെ പേരിൽ നാഷണലൈസ്ഡ് ബാങ്കിൽ അക്കൗണ്ട് (ജോയിന്റ് അക്കൗണ്ട് സ്വീകാര്യമല്ല) ഉണ്ടായിരിക്കേണ്ടതും ബാങ്ക് പാസ്സ്ബുക്കിന്റെയും ആധാർ/ഐഡന്റിറ്റി കാർഡിന്റെയും പകർപ്പുകൾ അപേക്ഷയോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ടതുമാണ്.
11. അപേക്ഷ ഫോമുകൾ വെബ്ബ്ബോർഡിന്റെ വെബ്സൈറ്റിൽ ലഭ്യമാണ്. (Website: www.keralastatewakfboard.in) Ph:0484-2342485, 0484-2346091
Email : ceokl@wakf.gov.in
12. വ്യക്തമായും പൂർണ്ണമായും പുരിപ്പിച്ചതും ഒറിജിനൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റുകൾ ഉൾപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ളതുമായവ മാത്രമേ പരിഗണിക്കുകയുള്ളൂ. അപൂർണ്ണവും അവ്യക്തവും സർട്ടിഫിക്കറ്റുകൾ ഇല്ലാത്തതുമായ അപേക്ഷകൾ പ്രഥമ ഘട്ടത്തിൽ തന്നെ തള്ളുന്നതാണ്.

###