

Form No.1

(ചട്ടം 7 എ നോക്കുക)

**അഗതികൾക്കുള്ള സാമ്പത്തിക സഹായ  
അപേക്ഷാഫോറം**

1. അപേക്ഷകന്റെ പേരും  
പൂർണ്ണ മേൽവിലാസവും
2. വയസ്സ്
3. അച്ഛന്റെ / അമ്മയുടെ/  
ദർത്താവിന്റെ പേര്
4. അപേക്ഷകൻ പ്രായപൂർത്തിയാകാത്ത  
വനോ ബുദ്ധിസ്ഥിരതയില്ലാത്തവനോ  
ആണെങ്കിൽ രക്ഷകർത്താവിന്റെ  
പേരും മേൽവിലാസവും
5. താമസിക്കുന്ന സ്ഥലവും എത്ര  
കാലമായി താമസിക്കുന്നുവെന്നും
6. ഏതു വിഭാഗത്തിൽപ്പെട്ട സഹായത്തിനു  
വേണ്ടിയാണ് അപേക്ഷിക്കുന്നുവെന്ന്

ക്യാൻസർ രോഗികൾക്കായുള്ള  
ധനസഹായം

**പ്രതിജ്ഞ**

ഞാൻ ഇതിനുമുമ്പ് സാമ്പത്തികസഹായത്തിനുവേണ്ടി അപേക്ഷിച്ചിട്ടില്ല/ അപേക്ഷിച്ചിട്ടുണ്ട്. അതിന്മേൽ തീരുമാനം എതിർഭാഗത്ത് വിവരിക്കുന്ന പ്രകാരമായിരുന്നു. എന്റെ കാലയാപനത്തിന് യാതൊരു മാർഗ്ഗവുമില്ല താഴെ വിവരിക്കുന്ന ബന്ധുക്കളെനിക്കുണ്ട്.

അച്ഛൻ/അമ്മ/ദർത്താവ്/ഭാര്യ/മകന്റെ മകൻ

മുകളിൽ വിവരിച്ചിട്ടുള്ള ബന്ധുക്കളിലാർക്കും പ്രതിമാസം അൻപതു രൂപയിൽ കവിഞ്ഞ വരുമാനമില്ല.

ഞാൻ കേരളീയനാണ്.

ഗവൺമെന്റിൽ നിന്നോ മറ്റു സ്ഥാപനങ്ങളിൽ നിന്നോ എനിക്ക് തുടർച്ചയായ ധനസഹായം യാതൊന്നും ലഭിക്കുന്നില്ല.

ഞാനിപ്പോൾ സംസ്ഥാനത്തിന്റെ ഏതെങ്കിലും ക്യാൻസർ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിക്കപ്പെട്ട് ചികിത്സ നടത്തുന്നില്ല / നടത്തുന്നുണ്ട്.

മുകളിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന വസ്തുതകൾ എല്ലാം സത്യമാണ്.

സ്ഥലം:

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ്/വിരലടയാളം

തീയതി:

### വില്ലേജാഫീസറുടെ റിപ്പോർട്ട്

ഞാൻ ഈ അപേക്ഷയെക്കുറിച്ച് അന്വേഷണം നടത്തി താഴെപ്പറയുന്ന റിപ്പോർട്ട് നൽകുന്നു.

1. അപേക്ഷക കക്ഷി ഇപ്പോൾ സംസ്ഥാനത്തിലെ ഏതെങ്കിലും ക്യാൻസർ വാർഡിൽ ചികിത്സക്കായി പ്രവേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടില്ല.
2. അപേക്ഷക കക്ഷിക്ക് നൂൾ 3-ൽ പറയുന്ന പ്രകാരമുള്ള ബന്ധുക്കൾ ആരും ഇല്ല/ഉണ്ട്.
3. അപേക്ഷ കക്ഷിക്ക് എല്ലാ മാർഗ്ഗങ്ങളിലൂടെയുമുള്ള പ്രതിമാസ വരുമാനം 60 രൂപയിൽ കവിയുകയില്ല.
4. അപേക്ഷക കക്ഷി ദിക്ഷ യാചിക്കൽ തൊഴിലായി സ്വീകരിച്ചിട്ടില്ല.
5. അപേക്ഷക കക്ഷിയുടെ അപേക്ഷ ആദ്യമായിട്ടാണ് / രണ്ടാമത്തേതാണ്.
6. അപേക്ഷക കക്ഷി തന്റെ അപേക്ഷയിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന മറ്റ് വിവരങ്ങളും ശരിയാണ്.
7. മറ്റു വിവരങ്ങൾ

(വിശേഷവിധിയായി വല്ലതും ഈ അപേക്ഷയെക്കുറിച്ച് പറയുവാനുണ്ടെങ്കിൽ പറയുക)

(ആഫീസ് മുദ്ര)

സ്ഥലം:

വില്ലേജാഫീസർ

ഫാറം നമ്പർ - 10

സി.ആർ. നമ്പർ

### മെഡിക്കലാഫീസറുടെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

അപേക്ഷക കക്ഷി .....യെ ..... നു നീജിണൽ ക്യാൻസർ സെന്റർ, തിരുവനന്തപുരം സ്ഥലത്തുവെച്ച് പരിശോധിച്ചു അപേക്ഷകൻ ക്യാൻസർ രോഗബാധിതനാണ്.

അപേക്ഷക കക്ഷിക്ക് ..... വർഷത്തെ ചികിത്സയെങ്കിലും ആവശ്യമാണ്.

അപേക്ഷക കക്ഷി ഇപ്പോൾ സംസ്ഥാനത്തിലെ ഏതെങ്കിലും ക്യാൻസർ വാർഡിൽ പ്രവേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടില്ല.

(അത്തരം ഏതെങ്കിലും സ്ഥാപനത്തിൽ പ്രവേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ആ വിവരം വിശദമായി നൽകുക)

സ്ഥലം : തിരുവനന്തപുരം

തീയതി :

മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ

(ആഫീസ് മുദ്ര)