தபால் எண் : / P&L/200

புதுச்சேரி அரசு

ஆதிதிராவிடர் நலத்துறை தேதி :

ஏழை ஆதிதிராவிட கருவுற்ற/பாலூட்டும் தாய்மார்களுக்கு நிதி உதவி கோரும் விண்ணப்பம்

(குழந்தை பெற்ற 90 தினங்களுக்குள் அனைத்து சான்றிதழ்களுடன் விண்ணப்பம் இத்துறைக்கு வந்துசேரவேண்டும்)

1.	விண்ணப்பதாரரின் பெயர்	:		
2.	வயது	:		
3.	முழு முகவரி	:		
4.	சாதி மற்றும் உட்பிரிவு	:		
5.	மதம்	:		
6.	குடியுரிமை	:		
7.	விண்ணப்பதாரரின் தொழில்	:		
8.	விண்ணப்பதாரரின், குழந்தைகள் விவரம்	:	ஆண் :	பெண் :
			வயது :	வயது :
9.	விண்ணப்பதாரரின் கணவர் பெயர்	:		
10.	கணவரின் தொழில்	:		
11.	மொத்த ஆண்டு வருமானம்–		விண்ணப்பதாரரின் வருமானம் : ரூ.	
			விண்ணப்பதாரரின் கணவரின் வருமானம் : ரூ.	
			மொத்த வருமானம் ... ரூ.	
12.	கருவுற்றிருக்கும் மாதங்களின் எண்ணிக்கையை ஆங்கில வருட வழக்கில் உள்ளபடி மாதம் மற்றும் வருடம் குறிப்பிடவும்	:		
13.	குழந்தை பிறந்திருப்பின் பிரசவமான தேதியைக் குறிப்பிடவும்	:	ஆம் / இல்லை	
14.	ஒப்பமளிக்க தகுதிப் பெற்ற மருத்துவ அதிகாரியால் கருவுற்றிருக்கும் நிலை அல்லது குழந்தை பிரசவித்தது சம்பந்தமான மருத்துவச் சான்றிதழ் பெறப்பட்டுள்ளதா?	:		
15.	விண்ணப்பதாரர் சிகிச்சைப் பெற்றுவரும் மருத்துவமனை / மருத்துவ மையம் / ஆரம்பச் சுகாதார நிலையத்தின் பெயர் மற்றும் முகவரி	:		

உறுதிமொழி

மேலே என்னால் தரப்பட்டுள்ள விவரங்கள் யாவும் சரியானவையே எனவும் விவரங்கள் தவறாக கூறியிருப்பதாக தெரியவந்தால் அரசிடமிருந்து பெறப்பட்ட முழுத் தொகையையும் திரும்பச் செலுத்துவேன் எனவும் நான் உறுதி கூறுகிறேன்.

இடம் :

தேதி :

விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம்
(அல்லது)
இடதுகை பெருவிரல் அடையாளம்

இணைக்கப்பட வேண்டிய சான்றுகள் –

1. மருத்துவமனையிலிருந்து வெளியேறியதற்கான அனுமதிச்சீட்டு (Discharge Slip).
2. மருத்துவச் சான்றிதழ் (இணைக்கப்பட்டுள்ள படிவத்தில்).
3. உணவுப் பங்கீட்டு அட்டை நகல்.

குறிப்பு : கணவரின் தொழில், வருமானம் குறிப்பிடப்படாத விண்ணப்பங்கள் பரிசீலனைக்கு எடுத்துக்கொள்ளப்படமாட்டாது.

FORM — II (A)

[*See* rule 5 (II)]

CERTIFICATE BY MEDICAL OFFICER

Certified that the applicant Tmt. .....wife

of Thiru .....

resident of ..... in the

Union Territory of Puducherry is at the .....

month of pregnancy.

Place :

Date :

Medical Superintendent, Maternity Hospital / Medical Officer of the Primary Health Centre / Sub-Centre

FORM — II (B)

CERTIFICATE BY MEDICAL OFFICER

Certified that the applicant Tmt. .....

wife of ..... is a lactating

mother whose child is of ..... month(s) old,

the date of delivery being .....

Place :

Date :

Medical Superintendent, Maternity Hospital / Medical Officer of the Primary Health Centre / Sub-Centre

படிவம் — III

[5 ( ) விதியைக் காண்க]

.....

என்னும் முகவரியில் வசிக்கும் திருமதி .....

க / பெ ..... அவர்கள் பிறப்பால் / இந்தத் தேதிக்கு முன்னதாக ..... ஆண்டுகளுக்கு மேற்பட்டு அவர் குடியிருந்து வருவதால், அவர் புதுச்சேரியை குடியிருப்பிடமாகக் கொண்டிருக்கிறார் எனவும், ஆதிதிராவிடர் இனத்தைச் சேர்ந்தவர் என்றும் அவருடைய சாதியின் உட்பிரிவு ..... என்றும் மற்றும் விண்ணப்பதாரரின் அனைத்து ஆதாரங்களிலிருந்தும், விண்ணப்பதாரரின் கணவரின் வருமானம் உள்பட மொத்த ஆண்டு வருமானம் ரூ. ..... (ரூபாய் ..... மட்டும்) எனச் சான்றளிக்கப்படுகிறது. மேலும், விண்ணப்பதாரருக்கு இந்த நிதி உதவி முதல் / இரண்டாவது குழந்தைக்காக பெறப்படும் நிதி உதவி எனவும் சான்றளிக்கப்படுகிறது.

மேலே தரப்பட்டுள்ள விவரங்கள் யாவும் எனக்குத் தெரிந்தவரையில் உண்மையானவை என உறுதி கூறுகிறேன்.

இடம் :

தேதி :

நல ஆய்வாளரின் கையொப்பம்

பெயர் (தெளிவாக) :

GCPP.—104/10—3,000 Cps.—28-5-2005.

புதுச்சேரி அரசு

ஆதிதிராவிடர் நலத்துறை

ஒப்புகை படிவம்

பெறப்பட்ட தபால் எண் : *நாள்* :

திரு / திருமதி..... ஊர் .....

அவர்களிடமிருந்து **ஏழை ஆதிதிராவிட கருவுற்ற / பாலூட்டும் தாய்மார்களுக்கு** நிதியுதவி வழங்கும் திட்டத்திற்கான விண்ணப்பம் மற்றும் அனைத்து சான்றிதழ்களோடு பெறப்பட்டது.

கையொப்பம்