

மாவட்ட மாற்றுத்திறனாளிகள் நல அலுவலகம்
மாவட்ட ஆட்சித்தலைவர் அலுவலக வளாகம்,
தேனி - 625531.

**மாற்றுத்திறனாளிகளுக்கு அரசு மானியத்துடன் சுய வேலைவாய்ப்பு
வங்கிக்கடன் விண்ணப்பம்**

1. மாற்றுத்திறனாளியின் பெயர் :
2. முழு முகவரி
அ) தந்தை / கணவர் பெயர்
ஆ) கதவு எண் மற்றும் தெரு
இ) வார்டு எண் / கிராமம்/ நகரம்
ஈ) தொலைபேசி எண்
3. பிறந்த தேதி / வயது :
4. ஊனத்தின் தன்மை / சதவீதம் :
5. எவ்வகையான வியாபாரம் / தொழில் செய்ய
உள்ளீர்கள்? :
6. எவ்வளவு தொகை முதலீட்டுக்குத்
தேவைப்படுகிறது? :
7. ஒவ்வொரு தவணைகளில் கடனுக்காக
எவ்வளவு தொகை திருப்பி செலுத்த முடியும்? :
8. கடனுக்காக எவ்வகை ஈடு கொடுக்க
இயலும்? (சொத்து / நபர் ஜாமீன்) :
9. மிக அருகாமையிலுள்ள தேசிய
மயமாக்கப்பட்ட வங்கியின் பெயர் மற்றும்
முகவரி :
10. இதற்கு முன் வங்கியிலிருந்து கடன்
பெறப் பட்டுள்ளதா? அதன் விபரம் :
11. குடும்ப உறுப்பினர்கள் கடன் பாக்கி
வைத்துள்ளார்களா? அதன் விபரம் :

மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள அனைத்தும் உண்மையெனவும், கடன் பெற்றவுடன் ஒழுங்காக
திரும்ப செலுத்துவேன் என்றும் உறுதியளிக்கிறேன். கீழ்கண்ட சான்றிதழ்கள் இத்துடன்
இணைத்துள்ளேன்.

இடம் :
நாள் :

மனுதாரர் கையொப்பம்

இணைக்கப்பட வேண்டிய சான்றிதழ்கள்

1. அடையாள அட்டை நகல்
2. ரேசன் கார்டு நகல் அல்லது இருப்பிடச் சான்று
3. ஆதார் அட்டை நகல்

மாவட்ட மாற்றுத்திறனாளிகள் நல அலுவலகம்
மாவட்ட ஆட்சித்தலைவர் அலுவலக வளாகம், தேனி மாவட்டம்.

9-ம் வகுப்பு மற்றும் அதற்கு மேல் கல்வி பயிலும் மாற்றுத்திறனாளி மாணவ / மாணவியருக்கு
கல்வி உதவித்தொகை வழங்குவதற்கான விண்ணப்பப் படிவம்

பகுதி - அ

1. மாணவ / மாணவியர் பெயர் :
2. தந்தை / பாதுகாவலரின் பெயர் :
3. இருப்பிட முகவரி / தொலைபேசி எண் :
4. பிறந்த தேதி மற்றும் வயது :
5. இனம் மற்றும் ஜாதி :
6. ஊனத்தின் தன்மை / சதவீதம் :
7. தேசிய அடையாள அட்டை எண் மற்றும் நாள் :
8. பயிலும் கல்வி நிறுவனத்தில் வேறு திட்டத்தின் மூலம் உதவித்தொகை பெற விண்ணப்பித்துள்ளீரா? :
9. நடப்பு கல்வி ஆண்டில் பயிலும் படிப்பு / பாடப்பரிவு :
10. கல்வி நிறுவனத்தில் நடப்பு ஆண்டு படிப்பு துவங்கிய நாள் :
11. நடப்பு கல்வி ஆண்டில் கல்வியில் சேர்ந்த நாள் :
12. நடப்பு கல்வி ஆண்டில் படிப்பு முடியும் நாள் :
13. சென்ற கல்வி ஆண்டில் படித்த வகுப்பு / தேர்ச்சி விபரம் இறுதி தேர்வு மதிப்பெண் சதவீதம் (மதிப்பெண் பட்டியல் இணைக்கப்பட வேண்டும்.) :

பாஸ்போர்ட் அளவு
புகைப்படம் ஒட்டி
அதில் கல்வி
நிறுவனத் தலைவர்
சான்றொப்பம் இட
வேண்டும்.

மேற்கண்ட விபரங்கள் யாவும் உண்மையெனவும் இதில் தவறான தகவல் அளித்து உதவித்தொகை வாங்க முற்பட்டால் அரசு விதிகளின்படி நடவடிக்கை எடுக்க சம்மதம் தெரிவிக்கின்றேன்.

பள்ளி தலைமை ஆசிரியர் /
கல்வி நிறுவனத் தலைவர் கையொப்பம் /
நிறுவனத்தின் முத்திரையுடன்

விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம்

இடம் :
நாள் :

தந்தை / பாதுகாவலரின் கையொப்பம்

பகுதி - ஆ

(கல்வி நிறுவனத்தின் தலைவரால் பூர்த்தி செய்யப்பட வேண்டும்)

1. விண்ணப்பதாரர் அரசு இலவச தங்கும் :
விடுதியில் தங்கி படித்துவருகிறாரா?
2. விண்ணப்பதாரர் பயிலும் கல்லூரி விடுதியில் :
தங்கி படித்து வருகிறாரா?
ஆம் எனில் எந்த நாளிலிருந்து தங்கி படித்து :
வருகிறார்
3. விண்ணப்பதாரர் கண்பார்வையற்றவராக :
இருந்தால் வாசிப்பாளர் உதவித்தொகை
(Reader Allowance) தேவை எனில் எந்த
நாளிலிருந்து வாசிப்பாளர் நியமிக்கப்பட்டார்
விபரம் தெரிவிக்கவும்
4. உடல் ஊனமுற்றோர் / காது கேளாதவர் (ம) :
வாய்பேச இயலாதவராக இருப்பின் மறுவாழ்வு
உபகரணங்கள் ஏதும் பயன்படுத்துகிறார்களா?
ஆம் எனில் எவ்வகையான உபகரணம் என்று
குறிப்பிடவும்
5. இவர் கல்வி நிறுவனத்திற்கு எவ்வகையான :
வாகனத்தின் மூலம் வருகிறார் (பஸ் / மூன்று
சக்கர வாகனம்) மாணவரின் வீட்டிற்கும் கல்வி
நிறுவனத்திற்கும் எத்தனை கி.மீ உள்ளது என்ற
விபரம் குறிப்பிடவும்

சான்று

1. விண்ணப்பதாரர் பகுதி -ஆ வில் கொடுக்கப்பட்டுள்ள விபரங்கள் அனைத்தும் சரியாக உள்ளதென சான்றளிக்கப்படுகிறது.
2. இப்பள்ளி / கல்லூரி (பாடப்பிரிவுகள் அனைத்தும்) தமிழ்நாடு அரசால் / பல்கலைக்கழகத்தால் அங்கீகரிக்கப்பட்டுள்ளது என சான்றளிக்கப்படுகிறது.
3. இம்மாணவன் வேறு அரசு துறைகளின் மூலம் கல்வி உதவித்தொகை கோரி விண்ணப்பிக்கவில்லை / பெறவில்லை என்று சான்றளிக்கப்படுகிறது.

இடம் :

நாள் :

பள்ளி தலைமையாசிரியர் /

கல்வி நிறுவனத்தலைவரின் கையொப்பம்

பெயர்:

பதவி :

முகவரி :

கல்வி நிறுவனத்தின் முத்திரை :

இணைக்கப்பட வேண்டிய சான்றுகள்

1. தேசிய அடையாள அட்டை நகல்
2. குடும்ப அட்டை நகல் மற்றும் ஆதார் அட்டை நகல்
3. வங்கி கணக்கு நகல் (மாணவரின் பெயரிலோ அல்லது மாணவன் பெற்றோருடன் சேர்ந்து இணைப்பு கணக்கு இருக்க வேண்டும்)
4. கடந்த கல்வியாண்டில் தேர்ச்சி பெற்றதற்கான மதிப்பெண் சான்று நகல் மற்றும் கிரேடு முறை என்றால் மதிப்பெண் சதவீதம் குறிப்பிட வேண்டும்.

மாவட்ட மாற்றுத்திறனாளிகள் நல அலுவலகம்
மாவட்ட ஆட்சித்தலைவர் அலுவலக வளாகம், தேனி மாவட்டம்.

1-ம் வகுப்பு முதல் 8-ம் வகுப்புகளில் கல்வி பயிலும் மாற்றுத்திறனாளி மாணவ / மாணவியருக்கு
கல்வி உதவித்தொகை வழங்குவதற்கான விண்ணப்பப் படிவம்

1. மாணவ / மாணவியர் பெயர் :
2. தந்தை / பாதுகாவலரின் பெயர் :
3. இருப்பிட முகவரி / தொலைபேசி எண் :
4. பிறந்த தேதி மற்றும் வயது :
5. பள்ளியின் பெயர் மற்றும் முகவரி :
6. தற்போது படிக்கும் வகுப்பு :
7. கடந்த ஆண்டு படித்த வகுப்பு :
8. வேறு எந்த அரசு துறையிடமிருந்து இலவச பாடப்புத்தகங்களோ அல்லது உதவித்தொகையோ மேற்கொண்ட மாணவ / மாணவியர் பெறுகிறதாய் இருந்தால் அது பற்றிய விபரம் :
9. பள்ளி ஆரம்பித்த நாள் :
10. பள்ளி முடிவடையும் நாள் :
11. பள்ளியின் மொத்த வேலை நாட்கள் :

பெற்றோரின் கையெழுத்து

மாணவ / மாணவியர் கையெழுத்து

பகுதி - 2

(பள்ளி தலைமை ஆசிரியரால் பூர்த்தி செய்ய வேண்டும்)

1. மேற்குறிப்பிட்ட மாணவர் / மாணவியர் எங்கள் பள்ளியில் வகுப்பில் தற்போது பயின்று வருகிறார் என்றும், வேறு எந்த அரசு துறையிலிருந்தும், இலவச பாடப்புத்தகங்களோ அல்லது உதவித் தொகையோ பெறவில்லை என்றும் சான்றளிக்கிறேன்.
2. எங்கள் பள்ளி அரசு மானியம் பெற்று நடத்தப்படும் பள்ளி என சான்றளிக்கிறேன்.
3. மேற்கண்ட மாணவர் / மாணவியர் பிற்படுத்தப்பட்டோர் / மிகவும் பிற்படுத்தப்பட்டோர் / தாழ்த்தப்பட்டோர் வகுப்பைச் சார்ந்தவர் என்று சான்றளிக்கிறேன்.
4. மேற்கண்ட மாணவர் / மாணவியர் ஊனமுற்றவர் என சான்றிடுகிறேன். ஊனத்தின் தன்மை
5. மணியார்டர் அல்லது கேட்புக் காசோலை அனுப்ப வேண்டிய பள்ளியின் முகவரி (அஞ்சல் குறியீட்டு எண்ணுடன்)

இணைக்கப்பட வேண்டிய சான்றுகள்

தலைமை ஆசிரியர் கையொப்பம்

1. தேசிய அடையாள அட்டை நகல் (சீலுடன்)
2. குடும்ப அட்டை மற்றும் ஆதார் அட்டை நகல்
3. வங்கி கணக்கு நகல் (மாணவரின் பெயரிலோ அல்லது மாணவன் பெற்றோருடன் சேர்ந்து இணைப்பு கணக்கு இருக்க வேண்டும்)

உறுதிமொழிச் பத்திரம்

அனுப்புநர்

தொலைபேசி எண் :

பெறுநர்

மாவட்ட மாற்றுத்திறனாளிகள் நல அலுவலர்,
மாவட்ட மாற்றுத்திறனாளிகள் நல அலுவலகம்,
தேனி மாவட்டம்

அம்மா / அய்யா

பொருள் : மாற்றுத்திறனாளிக்கான நலவாரியத்தின் மூலம் எனக்கு / எனது மகன்/
மகள் என்பவருக்கு உதவித் தொகை வேண்டி விண்ணப்பித்தல்

அம்மா எனக்கு / எனது மகன் / மகள்

நலவாரியத்தின் மூலம் உதவித் தொகை பெற வேண்டி விண்ணப்பித்துள்ளேன். எனக்கு / எனது மகன் / மகள் உதவித்தொகை பெற்று வழங்கவும். மேற்படி உதவித்தொகை வேறு நலவாரியத்தின் மூலம் பெறப்படவில்லை என உறுதியளிக்கிறேன். பின்னர் விசாரணையில் தவறு என தெரியவரும் பட்சத்தில் அரசு எடுக்கும் நடவடிக்கைக்கு கட்டுப்படுவேன் என தெரிவித்துக்கொள்கிறேன்.

தங்கள் உண்மையுள்ள,

நாள் :

இடம் :

விண்ணப்பப் படிவம் - 6

மாற்றுத்திறனாளிகள் நலவாரியம் கல்வி உதவித் தொகைக்கான விண்ணப்பம்

1. மாற்றுத்திறனாளியின் பெயர் :

2. முகவரி :

தொலைபேசி எண் :

3. தேசிய அடையாள அட்டை எண் மற்றும் சதவீதம் :
(சான்றொப்பம் பெற்ற நகல் இணைக்கப்பட வேண்டும்)

4. மாற்றுத்திறனாளியின் குடும்ப உறுப்பினர் விபரம்
வ. எண் பெயர் வயது உறவுமுறை

5. கல்வி உதவித் தொகை கோரும் மகன் / மகள் பற்றிய விபரங்கள்
வ. எண். பெயர் பிறந்த தேதி பயிலும் வகுப்பு பள்ளி

(தலைமை ஆசிரியர்/ கல்லூரி முதல்வரிடம் கல்வி பயிலும் சான்று இணைக்கப்பட வேண்டும்)

இடம் : மாற்றுத்திறனாளியின் கையொப்பம்

தேதி :

சான்று

மேற்கண்ட தகவல்கள் அனைத்தும் உண்மை என சான்றளிக்கிறேன்.

இடம் :

தேதி :

உறுப்பினர்

தமிழ்நாடு மாற்றுத்திறனாளிகள் நலவாரியம்
(அல்ல) மாவட்ட மாற்றுத்திறனாளிகள் நல அலுவலர்

ஒப்பளிப்பு

ரூ. /- (ரூபாய்மட்டும்)* ரூ. /- (ரூபாய்
..... மட்டும்) கல்வி உதவித்தொகையாக ஒப்பளிக்கப்படுகிறது.

செயலர்

இடம் :

தேதி :

தமிழ்நாடு மாற்றுத்திறனாளிகள் நலவாரியம்

இணைக்கப்பட வேண்டிய சான்றுகள்

1. தேசிய அடையாள மற்றும் நலவாரியம் அட்டை நகல் - 2
2. குடும்ப அட்டை மற்றும் ஆதார் அட்டை நகல் -2
3. பள்ளி அல்லது கல்லூரியில் கல்வி பயிலும் சான்று அசல் மற்றும் நகல்
4. மாற்றுத்திறனாளியின் உறுதி மொழிப் படிவம் - 2
5. வங்கி புத்தக நகல் - 2

விண்ணப்பப் படிவம் - 4

மாற்றுத்திறனாளிகள் நலவாரியம் கல்வி உதவித் தொகைக்கான விண்ணப்பம்

1. மாற்றுத்திறனாளியின் பெயர் :

2. முகவரி :

தொலைபேசி எண் :

3. தேசிய அடையாள அட்டை எண் மற்றும் சதவீதம் :
(சான்றொப்பம் பெற்ற நகல் இணைக்கப்பட வேண்டும்)

4. மாற்றுத்திறனாளியின் குடும்ப உறுப்பினர் விபரம்
வ. எண் பெயர் வயது உறவுமுறை

5. கல்வி உதவித் தொகை கோரும் மகன் / மகள் பற்றிய விபரங்கள்
வ. எண். பெயர் பிறந்த தேதி பயிலும் வகுப்பு பள்ளி

(தலைமை ஆசிரியர்/ கல்லூரி முதல்வரிடம் கல்வி பயிலும் சான்று இணைக்கப்பட வேண்டும்)

இடம் : மாற்றுத்திறனாளியின் கையொப்பம்

தேதி :

சான்று

மேற்கண்ட தகவல்கள் அனைத்தும் உண்மை என சான்றளிக்கிறேன்.

இடம் :

தேதி :

உறுப்பினர்

தமிழ்நாடு மாற்றுத்திறனாளிகள் நலவாரியம்
(அல்ல) மாவட்ட மாற்றுத்திறனாளிகள் நல அலுவலர்

ஒப்பளிப்பு

ரூ. /- (ரூபாய்மட்டும்)* ரூ. /- (ரூபாய்
..... மட்டும்) கல்வி உதவித்தொகையாக ஒப்பளிக்கப்படுகிறது.

செயலர்

இடம் :

தேதி :

தமிழ்நாடு மாற்றுத்திறனாளிகள் நலவாரியம்

இணைக்கப்பட வேண்டிய சான்றுகள்

1. தேசிய அடையாள மற்றும் நலவாரியம் அட்டை நகல் - 2
2. குடும்ப அட்டை மற்றும் ஆதார் அட்டை நகல் -2
3. பள்ளி அல்லது கல்லூரியில் கல்வி பயிலும் சான்று அசல் மற்றும் நகல்
4. மாற்றுத்திறனாளியின் உறுதி மொழிப் படிவம் - 2
5. வங்கி புத்தக நகல் - 2

விண்ணப்பப் படிவம் - 5

மாற்றுத்திறனாளிகள் நலவாரியம் கல்வி உதவித் தொகைக்கான விண்ணப்பம்

1. மாற்றுத்திறனாளியின் பெயர் :

2. முகவரி :

தொலைபேசி எண் :

3. தேசிய அடையாள அட்டை எண் மற்றும் சதவீதம் :
(சான்றொப்பம் பெற்ற நகல் இணைக்கப்பட வேண்டும்)

4. மாற்றுத்திறனாளியின் குடும்ப உறுப்பினர் விபரம்
வ. எண் பெயர் வயது உறவுமுறை

5. கல்வி உதவித் தொகை கோரும் மகன் / மகள் பற்றிய விபரங்கள்
வ. எண். பெயர் பிறந்த தேதி பயிலும் வகுப்பு பள்ளி

(தலைமை ஆசிரியர்/ கல்லூரி முதல்வரிடம் கல்வி பயிலும் சான்று இணைக்கப்பட வேண்டும்)

இடம் : மாற்றுத்திறனாளியின் கையொப்பம்

தேதி :

சான்று

மேற்கண்ட தகவல்கள் அனைத்தும் உண்மை என சான்றளிக்கிறேன்.

இடம் :

தேதி :

உறுப்பினர்

தமிழ்நாடு மாற்றுத்திறனாளிகள் நலவாரியம்
(அல்ல) மாவட்ட மாற்றுத்திறனாளிகள் நல அலுவலர்

ஒப்பளிப்பு

ரூ. /- (ரூபாய்மட்டும்)* ரூ. /- (ரூபாய்
..... மட்டும்) கல்வி உதவித்தொகையாக ஒப்பளிக்கப்படுகிறது.

செயலர்

இடம் :

தேதி :

தமிழ்நாடு மாற்றுத்திறனாளிகள் நலவாரியம்

இணைக்கப்பட வேண்டிய சான்றுகள்

1. தேசிய அடையாள மற்றும் நலவாரியம் அட்டை நகல் - 2
2. குடும்ப அட்டை மற்றும் ஆதார் அட்டை நகல் -2
3. பள்ளி அல்லது கல்லூரியில் கல்வி பயிலும் சான்று அசல் மற்றும் நகல்
4. மாற்றுத்திறனாளியின் உறுதி மொழிப் படிவம் - 2
5. வங்கி புத்தக நகல் - 2

விண்ணப்பப் படிவம் - 3

மாற்றுத்திறனாளிகள் நலவாரியம் மூலம் ஈமச்சடங்கிற்கான செலவினம் / இயற்கை
மரணத்திற்கான உதவி பெறும் விண்ணப்பம்

பெறுநநர்

செயலர்

தமிழ்நாடு மாற்றுத்திறனாளிகள் நல வாரியம்

1. மாற்றுத்திறனாளியின் பெயர் :
2. முகவரி :

தொலைபேசி எண் :

3. வயது :

4. பணி :

5. பதிவு எண் மற்றும் தேதி :

6. அ) பிறந்த இடம் :

ஆ இறந்த இடம் :

இ) இறப்பிற்கான காரணம்
(இறப்புச் சான்றிதழ் இணைக்கவும்) :

7. அ) விண்ணப்பதாரரின் பெயர் :

ஆ) விண்ணப்பதாரரின் வயது :

இ) விண்ணப்பதாரரின் முகவரி :

ஈ)இறந்த மாற்றுத்திறனாளிக்கு உறவுமுறை :

விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம்

இடம் :

தேதி :

சான்று

மேற்கண்ட தகவல்கள் அனைத்தும் உண்மை என சான்றளிக்கிறேன்.

இடம் :

தேதி :

உறுப்பினர்

தமிழ்நாடு மாற்றுத்திறனாளிகள் நலவாரியம்

ஒப்பளிப்பு

ரூ.2000/- (ரூபாய் இரண்டாயிரம் மட்டும்) / ரூ.15000/- (ரூபாய் பதினைந்தாயிரம் மட்டும்)
விண்ணப்பதாரருக்கு ஈமச்சடங்கு செலவினத்திற்காக / இறந்த மாற்றுத்திறனாளி நபர்
திரு / திருமதி இயற்கை மரணத்திற்காக உதவித்
தொகையாக வழங்கப்படுகிறது.

இடம் :

தேதி :

செயலர்
தமிழ்நாடு மாற்றுத்திறனாளிகள் நல வாரியம்

மாவட்ட மாற்றுத்திறனாளிகள் நல அலுவலகம்
தேனி மாவட்டம்.

தொழுநோயால் பாதிப்புடையோருக்கான பராமரிப்பு உதவித்தொகை விண்ணப்பம்

1. மாற்றுத்திறனாளியின் பெயர் :
2. தந்தை /கணவர்/ பாதுகாவலரின் பெயர் :
3. முகவரி / தொலைபேசி எண் :
4. வயது / இனம் / ஜாதி :
5. அரசு மறுவாழ்வு இல்லத்தில் தங்கியுள்ள இல்லவாசி எனில் அவ்வில்லத்தின் பெயர் (ம) முகவரி :
6. தொழுநோயால் பாதிப்பு விழுக்காடு :
7. மருத்துவம் மற்றும் அறுவைச் சிகிச்சையின் மூலம் சரி செய்ய இயலாது என்பதற்கான சான்று இணைக்கவும் :
8. வேறு எந்த அரசு உதவித்தொகையும் பெறவில்லை என்பதற்கான சான்று :
9. குடும்ப அட்டை உள்ளதா? (Ration Card) நகல் இணைக்கவும் :
10. ஆதார் அட்டை உள்ளதா? (Aadhar Card) நகல் இணைக்கவும் :

பாஸ்போர்ட்
அளவு
புகைப்படம்

மேற்கண்ட விபரங்கள் யாவும் உண்மையெனவும் இதில் தவறு ஏற்படின் அதற்கு முழு பொறுப்பும் நானே ஏற்றுக் கொள்கிறேன் என உறுதியளிக்கிறேன்.

இடம் :
நாள் :

மனுதாரர் கையொப்பம்

கிராம நிர்வாக அலுவலரின் (V.A.O.) சான்று

திரு / திருமதி :

கணவர் / தகப்பனார் பெயர் :

கதவு எண் மற்றும் தெரு :

கிராமம் மற்றும் நகரத்தின் பெயர் :

வட்டம் :

அஞ்சல் குறியீட்டு எண் :

மேற்கண்ட முகவரியிலிருக்கும் தொழுநோய் பாதித்த மனுதாரர் அரசு உதவித்தொகை வேறு ஏதும் பெறவில்லை எனச் சான்றளிக்கப்படுகிறது.

கிராம நிர்வாக அலுவலர் கையொப்பம்
அலுவலக முத்திரை & நாள்

மாவட்ட மாற்றுத்திறனாளிகள் நல அலுவலகம்
தேனி மாவட்டம்.

மாற்றுத்திறனாளிகள் திருமண உதவித்திட்டத்திற்கான விண்ணப்பம்

1. மாற்றுத்திறனாளியின் பெயர் :
2. தந்தை /கணவர்/ பாதுகாவலரின் பெயர் :
3. முகவரி :
- தொலைபேசி எண் :
4. வயது / இனம் / ஜாதி :
5. மாற்றுத்திறனாளியின் வகை / தேசிய அடையாள அட்டை எண் / சதவீதம் :
6. கல்வித் தகுதி :
7. தொழில் :
8. தமிழ்நாட்டைச் சேர்ந்தவரா? :
9. திருமணம் நடந்த தேதி :
10. திருமணம் நடந்த இடம் :
11. திருமண முறை : மத திருமணமா ?/ பதிவுத் திருமணமா?

எவ்வகையான திருமண உதவித்திட்டத்தின் மூலம் உதவித் தொகையினை பெற விண்ணப்பிக்கப்படுகிறது (தேவையான உதவித் திட்டத்தினை மட்டுமே குறிப்பிடவும்)

1.	பார்வையற்றோரை திருமணம் செய்து கொள்ளும் நல்ல நிலையில் உள்ளவர்களுக்கு திருமண உதவித்தொகை வழங்கும் திட்டம்	:	
2.	காதுகேளாதோரை திருமணம் செய்து கொள்ளும் நல்ல நிலையில் உள்ளவர்களுக்கு திருமண உதவித்தொகை வழங்கும் திட்டம்	:	
3.	ஒரு கை அல்லது கால் இழந்தோரை திருமணம் செய்து கொள்ளும் நல்ல நிலையில் உள்ளவர்களுக்கு திருமண உதவித்தொகை வழங்கும் திட்டம்	:	
4.	மாற்றுத் திறனாளியை திருமணம் செய்யும் மாற்றுத்திறனாளிக்கு திருமண உதவித்தொகை வழங்கும் திட்டம்	:	

மாற்றுத்திறனாளியை மணந்து கொள்ளும் நல்ல நிலையில் உள்ளவர் / மாற்றுத்திறனாளி பற்றிய விபரம்

1. பெயர் :
2. தந்தை /கணவர்/ பாதுகாவலரின் பெயர் :
3. முகவரி :

4. தொலைபேசி எண் :
5. வயது / இனம் / ஜாதி :
6. கல்வித் தகுதி :
7. தொழில் :
8. தமிழ்நாட்டைச் சேர்ந்தவரா? :

இணைக்கப்பட வேண்டிய சான்றுகள் :

1. குடும்ப அட்டை - 2 / வாக்காளர் அடையாள அட்டை - 2 அல்லது வருவாய்த்துறை அலுவலர்களிடமிருந்து அல்லது இதர அரசுத்துறைகளிடமிருந்து வழங்கப்பட்ட வசிப்பிடத்திற்கான ஆதார சான்று நகல்
2. ஆதார் அட்டை
3. வயது சான்று
4. இருவருக்கும் முதல் திருமணம் சான்று (VAO)
5. திருமண போட்டோ பாஸ்போர்ட் சைஸ் - 3
6. மாற்றுத்திறனாளிகளுக்கான தேசிய அடையாள அட்டையின் நகல்
7. பட்டம் அல்லது பட்டயம் பெற்றமைக்கான சான்றிதழின் நகல்
8. திருமண அழைப்பிதழ்
9. திருமணத்தின் போது எடுக்கப்பட்ட புகைப்படம்
10. திருமண பதிவுச் சான்றின் நகல்

* மேற்கண்ட சான்றுகள் இணைக்கப்படாத விண்ணப்பங்கள் தள்ளுபடி செய்யப்படும்.

உறுதிமொழிச் சான்று

நாங்கள் வேறு திருமண உதவித் திட்டத்திற்கு விண்ணப்பம் செய்யவில்லையென்றும், இதுதான் எங்கள் முதல் திருமணம் என்றும் உறுதி கூறுகிறோம். மேலே கூறப்பட்டுள்ள விவரங்கள் அனைத்தும் உண்மையென உறுதி கூறுகிறோம். இவைகளில் ஏதேனும் தவறாக இருப்பின் எங்கள் மீது அரசினால் நடவடிக்கை தொடரப்படும் என்பதையும் நன்கு அறிவோம்.

மாற்றுத்திறனாளியின் கையொப்பம்

மாவட்ட மாற்றுத்திறனாளிகள் நல அலுவலகம்
தேனி மாவட்டம்.

தசைசிதைவு நோயால் பாதிக்கப்பட்டோருக்கான பராமரிப்பு உதவித்தொகை
பெறுவதற்கான விண்ணப்பம்

1. மாற்றுத்திறனாளியின் பெயர் :
2. தந்தை /தாய்/ பாதுகாவலர் பெயர் :
3. வயது / இனம் / ஜாதி
4. முகவரி : வீட்டு எண் / வார்டு எண்
தெரு பெயர்
கிராமம் / நகரம்
வட்டம்
தொலைபேசி எண்
5. ஊனத்தின் தன்மை, அடையாள அட்டை எண் மற்றும் சதவீதம்
6. குடும்ப அட்டை எண்
7. ஆதார் அட்டை எண்
8. வங்கி இணைசேமிப்பு கணக்கு எண்
9. வங்கியின் பெயர் / கிளையின் பெயர்
10. வங்கி குறியீடு எண் IFSC / MICR Code

மேற்படி முகவரியில் வசித்து வரும் எனது மகன் / மகள் இதுநாள் வரை வருவாய் துறை மூலமாகவோ அல்லது மாற்றுத்திறனாளிகள் நலத்துறையின் மூலமாகவோ உதவித்தொகை பெறவில்லை என்று உறுதி கூறுகிறேன்.

தங்கள் உண்மையுள்ள

கிராம நிர்வாக அலுவலரின் (V.A.O.) சான்று

மேற்கண்ட முகவரியில் வசித்து வரும் மாற்றுத்திறனாளி உயிருடன் உள்ளார் எனவும், அவருக்கு வருவாய் துறையின் மூலம் மாற்றுத்திறனாளிக்கான உதவித்தொகை அல்லது முதியோர் உதவித்தொகை வழங்கப்படவில்லை எனவும் சான்றளிக்கப்படுகிறது.

கிராம நிர்வாக அலுவலரின் கையொப்பம்
அலுவலக முத்திரை & நாள்

மாவட்ட மாற்றுத்திறனாளிகள் நல அலுவலகம்
தேனி மாவட்டம்.

மனவளர்ச்சி குன்றியோர் / கடுமையாக பாதிக்கப்பட்டோருக்கான பராமரிப்பு
உதவித்தொகை பெறுவதற்கான விண்ணப்பம்

1. மாற்றுத்திறனாளியின் பெயர் :
2. தந்தை / தாய்/ பாதுகாவலர் பெயர் :
3. வயது / இனம் / ஜாதி :
4. முகவரி : வீட்டு எண் / வார்டு எண் :
- தெரு பெயர் :
- கிராமம் / நகரம் :
- வட்டம் :
- தொலைபேசி எண் :
5. ஊனத்தின் தன்மை, அடையாள அட்டை எண் மற்றும் சதவீதம் :
6. குடும்ப அட்டை எண் :
7. ஆதார் அட்டை எண் :
8. வங்கி இணைசேமிப்பு கணக்கு எண் :
9. வங்கியின் பெயர் / கிளையின் பெயர் :
10. வங்கி குறியீடு எண் IFSC / MICR Code :

மேற்படி முகவரியில் வசித்து வரும் எனது மகன் / மகள் இதுநாள் வரை வருவாய் துறை மூலமாகவோ அல்லது மாற்றுத்திறனாளிகள் நலத்துறையின் மூலமாகவோ உதவித்தொகை பெறவில்லை என்று உறுதி கூறுகிறேன்.

தங்கள் உண்மையுள்ள

கிராம நிர்வாக அலுவலரின் (V.A.O.) சான்று

மேற்கண்ட முகவரியில் வசித்து வரும் மாற்றுத்திறனாளி உயிருடன் உள்ளார் எனவும், அவருக்கு வருவாய் துறையின் மூலம் மாற்றுத்திறனாளிக்கான உதவித்தொகை அல்லது முதியோர் உதவித்தொகை வழங்கப்படவில்லை எனவும் சான்றளிக்கப்படுகிறது.

கிராம நிர்வாக அலுவலரின் கையொப்பம்
அலுவலக முத்திரை & நாள்

மாவட்ட மாற்றுத்திறனாளிகள் நல அலுவலகம்
தேனி மாவட்டம்.

(அலுவலக உபயோகத்திற்கு)

கை, கால் பாதிக்கப்பட்டவர், வாய் பேசாத மற்றும் காது கேளாதவர்கள் மற்றும் மனவளர்ச்சி குன்றிய மாற்றுத்திறனாளிகளுக்கு வழங்கப்படும் இலவச பேருந்து பயணச் சலுகை பெறும் விண்ணப்பம்

புதியது

புதுப்பித்தல்

1. மாற்றுத்திறனாளியின் பெயர் :
2. தந்தை / பாதுகாவலர் பெயர் :
3. வயது / இனம் / ஜாதி
4. இருப்பிட முகவரி :
- தொலைபேசி எண் :
5. ஊனத்தின் தன்மை, சதவீதம் மற்றும் தேசிய அடையாள அட்டை எண் :
6. பயிலும் / சுயதொழில் / பணிபுரியும் விபரம்
7. இலவச பேருந்து பயணச் சலுகை கோரும் விபரம் :
கல்வி நிறுவனம் / பணிபுரியும் இடம் / மருத்துவச் சிகிச்சை புரியும் இடம் / முழு முகவரி மற்றும் தொலைபேசி எண்
8. இலவச பேருந்து பயணச் சலுகை இருப்பிடத்திலிருந்து சென்று வரும் வழித்தடம் :
----- லிருந்து
----- வரை
9. பழைய பஸ் பாஸ் எண் :

மேலே தெரிவிக்கப்பட்ட விபரங்கள் அனைத்தும் உண்மை எனவும், அரசு எடுக்கும் நடவடிக்கைக்கு கட்டுப்படுவேன் என்று உறுதி கூறுகிறேன்.

விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம்

இணைக்கப்பட வேண்டிய சான்றுகள் :

1. மாற்றுத்திறனாளிகளுக்கான தேசிய அடையாள அட்டை நகல் - 1
2. குடும்ப அட்டை நகல் / இருப்பிடச் சான்றிதழ் நகல் - 1
3. ஆதார் அட்டை நகல் - 1
4. பாஸ்போர்ட் அளவு புகைப்படம் - 3

அ) இலவச பேருந்து பயணச்சலுகை பெறுவதற்கான சிறப்புப் பள்ளி தலைமையாசிரியர் / கல்லூரி முதல்வரிடமிருந்து பெறப்பட்ட சான்று

திரு / செல்வன் / செல்வி என்ற மாற்றுத்திறனுடைய மாணவன் / மாணவி 20 - 20 ம் கல்வி ஆண்டில் வகுப்பில் ஆரம்பகால பயிற்சி மையம் / சிறப்புப்பள்ளி / கல்வி நிறுவனம் / தொழிற்பயிற்சி நிறுவனத்தில் பயின்று வருகிறார். எங்கள் கல்வி நிறுவனத்தின் மூலம் தமிழ்நாடு அரசுப் போக்குவரத்துக் கழகத்தால் வழங்கப்படும் இலவச பேருந்து பயணச் சலுகை வழங்கப்படவில்லை எனச் சான்றளிக்கிறேன். மேற்படி நபருக்கு இருப்பிடத்திலிருந்து கல்வி நிலையத்திற்கு வந்து செல்ல நாள் முதல் நாள் வரை இலவச பஸ் பாஸ் வழங்கிட பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.

அலுவலக தொலைபேசி எண்

பள்ளி தலைமை ஆசிரியர்
கல்லூரி முதல்வர் கையொப்பம்
அலுவலக முத்திரையுடன்

ஆ) இலவச பேருந்து பயணச்சலுகை பெறும் பொருட்டு பணிபுரியும் நிறுவனத்தில் / நிர்வாக உரிமையாளரிடமிருந்து பெறப்பட்ட சான்று

திரு / திருமதி / செல்வன் / செல்வி என்ற மாற்றுத்திறனாளி எங்கள் நிறுவனத்தில் நாள் முதல் பணியில் பணிபுரிந்து வருகிறார். அன்னாருக்கு மாதம் ரூ. சம்பளம் வழங்கப்படுகிறது. மேற்படி நபருக்கு தேதி முதல் தேதி வரை இருப்பிடத்திலிருந்து நிறுவனத்திற்கு வந்து செல்ல இலவச பஸ் பாஸ் வழங்கிட பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. அவர் விண்ணப்பத்தில் தெரிவித்துள்ள விபரங்கள் அனைத்தும் உண்மையானவை என்றும், ஆய்வுக்கு உட்பட்டது என்றும் சான்றளிக்கிறேன்.

விண்ணப்பதாரர் கையொப்பம்

நிறுவன உரிமையாளர் கையொப்பம்

நிறுவன முகவரி முத்திரை

நிறுவன தொலைபேசி எண்

மாவட்ட மாற்றுத்திறனாளிகள் நல அலுவலகம்
தேனி மாவட்டம்.

(அலுவலக உபயோகத்திற்கு)

பார்வையற்றோருக்கான இலவச பஸ் பாஸ் சலுகை கோரும் விண்ணப்பம்

புதியது

புதுப்பித்தல்

1. மாற்றுத்திறனாளியின் பெயர் :
2. தந்தை / கணவர் / பாதுகாவலர் பெயர் :
3. வயது / இனம் / ஜாதி
4. இருப்பிட முகவரி :
- தொலைபேசி எண் :
5. ஊனத்தின் தன்மை, சதவீதம் மற்றும் தேசிய அடையாள அட்டை எண் :
6. கல்லூரி பயிலும் / சுயதொழில்புரியும் / பணிபுரியும் விபரம்
7. பழைய பஸ்பாஸ் எண் :

மேலே தெரிவிக்கப்பட்ட விபரங்கள் அனைத்தும் உண்மை என உறுதி கூறுகிறேன். கீழ்க்கண்ட சான்றிதழ்கள், புகைப்படங்கள் இத்துடன் இணைத்துள்ளேன். இலவச பஸ் பாஸ் பெற்று வழங்குமாறு தாழ்மையுடன் கேட்டுக்கொள்கிறேன்.

மனுதாரர் கையொப்பம்

இணைக்கப்பட வேண்டிய சான்றுகள் :

புதிய பஸ் பாஸ் கோருபவர்

1. மாற்றுத்திறனாளிகளுக்கான தேசிய அடையாள அட்டை நகல் - 1
2. குடும்ப அட்டை நகல் / இருப்பிடச் சான்றிதழ் நகல் - 1
3. ஆதார் அட்டை நகல் - 1
4. பாஸ்போர்ட் அளவு புகைப்படம் - 4

புதுப்பித்தல் பாஸ்

1. மாற்றுத்திறனாளிகளுக்கான தேசிய அடையாள அட்டை நகல் - 1
2. குடும்ப அட்டை நகல் / இருப்பிடச் சான்றிதழ் நகல் - 1
3. ஆதார் அட்டை நகல் - 1
4. பாஸ்போர்ட் அளவு புகைப்படம் - 3
5. பழைய பாஸ் அசல்

மாவட்ட மாற்றுத்திறனாளிகள் நல அலுவலகம்
தேனி மாவட்டம்.

மாற்றுத்திறனாளிகளுக்கு பொது மற்றும் சட்டமன்ற தொகுதி மேம்பாட்டுத் திட்டத்தின்கீழ் உதவி
உபகரணங்கள் கோருவதற்கான விண்ணப்பம்

1. மாற்றுத்திறனாளியின் பெயர் :
2. தந்தை / கணவர் / பாதுகாவலர் பெயர் :
3. வயது / இனம் / ஜாதி
4. இருப்பிட முகவரி :

தொலைபேசி எண் :

5. ஊனத்தின் தன்மை, சதவீதம் மற்றும் தேசிய அடையாள அட்டை எண் :

வ. எண்.	தேவைப்படும் உதவி உபகரணங்கள்	தகுதியான சான்றுகள் இணைக்கப்பட வேண்டியவை	டிக் செய்யவும்
1.	மூன்று சக்கர சைக்கிள்	இரண்டு கால்கள் பாதிக்கப்பட்டவர்கள்	
2.	சக்கர நாற்காலி	கை மற்றும் கால் பாதிக்கப்பட்டவர்கள்	
3.	சிபி சேர்	மூளை முடக்குவாத்தால் பாதிக்கப்பட்டவர்கள்	
4.	காலிபர்	கால் பாதிக்கப்பட்டவர்கள்	
5.	ஊன்று கோல்	கால் பாதிக்கப்பட்டவர்கள்	
6.	செயற்கை கை / கால்	கை / கால் துண்டிக்கப்பட்டவர்கள்	
7.	நவீன செயற்கை கை / கால்	கை / கால் துண்டிக்கப்பட்டவர்கள் கல்லூரியில் பயிலும் சான்று / சுயதொழில் புரிவதற்கான சான்று / பணிபுரியும் புரிவதற்கான சான்று	
8.	கருப்பு கண்ணாடி/ ஊன்றுகோல்	100% பார்வையற்றவர்கள்	
9.	ப்ரெய்லி கைக்கடிகாரம் / நவீன ஊன்றுகோல்	100% பார்வையற்றவர்கள் கல்லூரியில் பயிலும் சான்று / பணிபுரியும் சான்று / சுய தொழில் புரிவதற்கான சான்று	
10.	காதொலி கருவி	காது கேளாதவர்கள் காது பரிசோதனை சான்று	
11.	நவீன காதொலி கருவி	காது கேளாதவர்கள் கல்வி பயிலும் சான்று / பணிபுரியும் சான்று / சுய தொழில் புரிவதற்கான சான்று / காது பரிசோதனை சான்று	
12.	மோட்டார் பொருந்திய தையல் இயந்திரம்	கை கால் பாதித்தவர்கள், காது கேளாதவர்கள், 40% மனவளர்ச்சி குன்றியவர்கள் மற்றும் 75% மேல் மனவளர்ச்சி குன்றியவர்களின் பெற்றோர்கள் தையல் பயின்ற சான்று (18 வயது முதல் 45 வயது வரை)	
13.	மோட்டார் பொருந்திய மூன்று சக்கர வண்டி	இரண்டு கால்கள் பாதிக்கப்பட்டவர்கள் 18 வயதிற்கு மேல் கல்லூரியில் பயிலும் சான்று / பணிபுரியும் சான்று / சுய வேலைவாய்ப்பு புரிவதற்கான சான்று	
14.	உருப்பெருக்கி	75% பார்வையற்றவர்கள் கல்வி பயிலும் சான்று / மருத்துவச் சான்று	
15.	ரோலேட்டர்	நடப்பதில் சிரமம் உள்ள மாற்றுத்திறனாளிகள்	
16.	சிறப்பு சக்கர நாற்காலி	முதுகு தண்டுவுடம் பாதிக்கப்பட்டவர்கள்	

இணைக்க வேண்டிய சான்றுகள்:

1. தேசிய அடையாள அட்டை / குடும்ப அட்டை / ஆதார் அட்டை நகல்
2. பாஸ்போர்ட் அளவு புகைப்படம்
3. உபகரணம் கோருவதற்கான தகுதியான சான்று அசல்

விண்ணப்பதாரர் கையொப்பம்

**மாற்றுத்திறனாளிகளுக்கு தேசிய ஊனமுற்றோர் பொருளாதார
மேம்பாட்டுக் கழக கடன் உதவித் திட்ட விண்ணப்பம்**
(இணைப்பில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ளபடி பட்டியல் சரிபார்த்து இரண்டு விண்ணப்பங்கள் சமர்ப்பிக்க
வேண்டும்)

**APPLICATION FORM FOR LOAN UNDER NATIONAL HANDICAPPED FINANCE AND
DEVELOPMENT CORPORATION (NHFD)**

I PARTICULARS OF APPLICANT :

விண்ணப்பதாரரின் விபரம் :

1. Name & Address of Applicant :
விண்ணப்பதாரர் பெயர் மற்றும் முகவரி
2. தொலைபேசி எண் :
3. Father / Husband's Name :
தந்தை / கணவர் பெயர்
4. Details of Disability & Percentage of Disability (Attach attested Photocopy of Certificate from Competent Authority)
ஊனத்தின் விபரம் மற்றும் சதவீதம் (தேசிய அடையாள அட்டை நகல் இணைக்க வேண்டும்).
5. Family Details :
குடும்ப விபரம்
6. Annual Income of individual if Dependent, Please give Income of family / Spouse (Attach Attested copy of Income Certificate)
ஆண்டு வருமானம், திருமணமாகாத மற்றும் கூட்டுக் குடும்பத்தைச் சேர்ந்தவர் என்றால் குடும்ப ஆண்டு வருமானம் (வருமானச் சான்று நகல் இணைக்கவும்)
7. Date of Birth and Age as on 1st of the following month during which the Application is submitted (Attested copy of Certificate)
மாற்றுத்திறனாளியின் பிறந்த தேதி மற்றும் விண்ணப்பிக்கும் மாதத்தின்படி வயது (வயதுக்கான சான்று இணைக்கவும்)
8. Educational and Technical background :
Particulars related to proposed Project / Scheme
கல்வி தகுதி மற்றும் கடன் பெற்று

பாஸ்போர்ட்
அளவு
புகைப்படம்

- நடத்தப்பட உள்ள தொழிலில் உள்ள அனுபவம் / பயிற்சி விபரம்
8. Employed / Self – Employed / Unemployed :
give details / if Employed or Self – Employed
வேலை பார்ப்பவர் / சுய தொழில் செய்பவர் / வேலையில்லாதவர் விபரம் எழுதவும்
9. Whether belong to :
SC/ST/OBC/MBC/Other's
தாழ்த்தப்பட்டவர் / மலைசாதியினர் / பிற்பட்டவர் / மிகவும் பிற்பட்டவர் / இதர வகுப்பு
10. Existing activities and Financial Status :
including Land Holding fixed Assests in the name of Applicant
தற்போது செய்து வரும் தொழில் மற்றும் விண்ணப்பதாரது நிதிநிலை விபரம் / அசையும் மற்றும் அசையாச் சொத்துக்களின் விபரம்

II. PROPOSED ACTIVITY :
செய்ய உள்ள தொழில் :

- a) Name of the Scheme / Project :
துவங்க உள்ள தொழில் / திட்ட விபரம்
- b) Location of Unit :
தொழில் / திட்டம் துவங்க உள்ள இடம் விபரம்
- c) Whether confirming or Non-confirming :
(Please specify if Location confirms to Location Policy of the State Govt. / Local Authority)
அரசால் அங்கீகரிக்கப்பட்ட விபரம் (அரசு அல்லது உள்ளாட்சி அமைப்புகளின் சான்று இருந்தால் இணைக்கவும்)

III. COST OF THE PROJECT :

துவங்க உள்ள தொழிலின் திட்ட மதிப்பு :

(Rs. In Lakhs)

(ரூபாய் இலட்சத்தில்)

Sl. No.	Items விபரம்	Cost தொகை
1.	Fixed Assests / Machinery & Equipment நிலையான சொத்து / இயந்திர தளவாடங்கள்	
2.	Premilinary & Preoperative Expenses ஆரம்ப கட்ட செலவினங்கள்	
3.	Contingencies & Cost escalations இதர செலவினங்கள்	

4.	Working Capital நடைமுறை மூலதனம்	
		Total மொத்தம்

IV MEANS OF FINANCE :

நடைமுறை மூலதனம் :

SI.No. வ.எண்	Source நிதி ஆதாரம்	Amount & % of Total Cost தொகை மற்றும் மொத்த திட்ட மதிப்பில் அதன் விபரம்
1.	Promotor's Contribution கடன் உதவி செய்பவர் பங்களிப்பு	
2.	Subsidy, if any அரசு மானியம் இருப்பின் அதன் விபரம்	
3.	Term Loan கடன் விபரம்	
4.	Banks / Other FIs வங்கி வழங்கும் பிற தொகை இருப்பின் அதன் விபரம்	
5.	Others, if any specify பிற வழியிலான நிதி / சொந்த வீடு	
		Total மொத்தம்

V. TECHNICAL DETAILS & ECONOMICS OF PROJECT :

துவங்க உள்ள தொழில் குறித்தான தொழில் நுட்ப விபரங்கள் மற்றும் தொழில் நடத்துவதால் பெறப்படும் வருமானம் :

VI. MAN POWER REQUIREMENT :

பணியாளர் விபரம் :

SI. No. வ. எண்	Category பணியின் பெயர்	Average Salary P.M. மாத ஊதியம்

VII. REPAYMENT SCHEDULE :

கடனை திரும்ப செலுத்துதல் :

- Please indicate moratorium period needed
கடனை திரும்ப செலுத்த தேவையான சலுகை
காலம்
- Repayment in the terms of Quarterly / Half Yearly

/ Yearly Installments (Maximum repayment period is 7 years including moratorium period)
7 வருடத்திற்குள் எவ்வகையான தவணையில் திரும்ப செலுத்தப்படும்

Note : For land for Agricultural Activities, the repayment has to made in yearly instalments.
விவசாயம் தொடர்பான பணிக்கு வருடாந்திர தவணை

VIII. IMPLEMENTATION SCHEDULE :

திட்டத்தை செயல்படுத்த உள்ள முறை :

இணைப்பு

1. தேசிய அடையாள அட்டை நகல்
2. வருமானச் சான்றிதழ்
3. ஜாதி சான்றிதழ் நகல்
4. குடும்ப அட்டை நகல்
5. ஆதார் அட்டை நகல்
6. திட்டம் தொடர்பான அறிக்கைகள் / விலைப்புள்ளிகள் இதர விபரங்கள்
7. பாஸ்போர்ட் சைஸ் புகைப்படம்- 1
8. வயது சான்றிதழ்
9. கல்வி சான்றிதழ்

CERTIFICATE

1. I / We Certify that all information furnished by me / us is true, that I / We have no borrowing arrangements for the unit with any Bank / Financial Institutions except as mentioned above that no legal action has been / is being taken against me / us. That I / we shall furnish all other informational that may be required by you in connection with my / our application that this may also be exchanged by you with any agency you may deem fit; and that you, your representatives of RBI or any other agency authorized by you may at any time, inspect / verify our assets, books of account, etc., in our factory and business premises.
2. I / We further certify that I / We do not have any over dus in respect of any financial assistance I / We have available so far.

மேற்குறிப்பிட்ட விபரங்கள் அனைத்தும் உண்மை எனவும், மேற்குறிப்பிட்டுள்ள தொழிலை துவங்க நான் பெறும் கடனுக்கு அரசு மானியம் அல்லது தள்ளுபடி ஏதும் இல்லை எனவும், கடன் தொகை முழுவதையும் ஏழு ஆண்டுகளுக்குள் தவணை தவறாமல் அசல் மற்றும் வட்டியுடன் திரும்ப செலுத்துவேன் என உறுதி கூறுகிறேன். செய்யும் தொழில் குறித்தான அனைத்து ஆவணங்களையும் ஆய்வுக்குக் காட்டுவேன் என உறுதி கூறுகிறேன்.

கடனை திருப்ப செலுத்த தவறும் பட்சத்தில் வங்கி மற்றும் அரசு எடுக்கும் அனைத்து நடவடிக்கைகளுக்கும் கட்டுப்படுவேன் எனவும் உறுதி கூறுகிறேன்.

Place :
இடம் :

Date :
நாள் :

Signature of the Applicant
விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம்

For Office Use Only

1. Name of Official who interviewed the applicant :
2. Remarks
 - a) Repayment Programme :
 - b) Repayment capacity
: Monthly surplus (term I(c)) : Rs.
Monthly Installments proposed : Rs.
Monthly Installments for existing term loan and
other obligations (to be specified) : Rs.
Total Monthly obligations : Rs.
Debt Service Ratio : (E.F.) =
 - c) Comments :
 - d) Remarks of the Technical Report, if obtained :
 - e) Loan Sanctioned :
 - f) Other Remarks :

Place :

Appraising Official

Date :

B. Remarks of recommending Authority

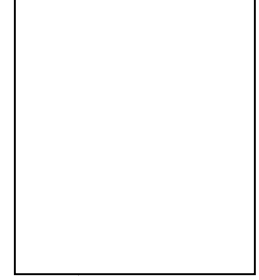
Place :

Date :



மாற்றுத்திறனடையோர் அரசுப் பேருந்துகளில் பயணம் மேற்கொள்ளும் பொழுது விரும்பினால் துணையாளரை, உடன் அழைத்துச் செல்வதற்கான மருத்துவச் சான்றிதழ்

மாற்றுத்திறனாளிகள் நலத் (மா.தி.ந.2) துறை
அரசாணை (நிலை) எண். 18 நாள் : 31.05.2010



தேசிய அடையாள அட்டை எண் ----- நாள் -----

பெற்றுள்ள ----- சதவீதம் மாற்றுத்திறனாளி.

செல்வி / திருமதி / திரு ----- என்பவர்

அனைத்து அரசுப்பேருந்துகளில் தனியாகப் பயணம் மேற்கொள்ள இயலாது. எனவே அவர் தன்னுடன் ஒரு துணையாளரை (With Escort) அழைத்து செல்வதற்கு தகுதியுடையவர் என சான்றளிக்கப்படுகிறது.

மாற்றுத்திறனாளி
கையொப்பம்

மருத்துவர் கையொப்பம்
மற்றும் பதிவு எண்

மருத்துவமனை முத்திரை

மாற்றுத்திறனாளிகள் நலத் (மா.தி.ந.2) துறை அரசாணை (நிலை) எண். 18, நாள் : 31.05.2010, வைகாசி 17, திருவள்ளூர் ஆண்டு 2041 படிக்க :

1. அரசாணை (நிலை) எண். 233, சமூக நலம் மற்றும் சத்துணவுத் திட்டத்துறை, நாள் : 31.12.2007.
2. அரசாணை (நிலை) எண். 153, சமூக நலம் மற்றும் சத்துணவுத் திட்டத்துறை, நாள் : 29.10.2008.
3. மாற்றுத்திறனாளிகளுக்கான மாநில ஆணையரின் கடித எண். 8246/ஆர்டி4/2008, நாள் : 11.01.2008 மற்றும் 29.06.2009.

படிவம் - ஏ

[பார்க்க விதி 16 (1)]

ஊனமுற்ற நபருக்கு காப்பாளரை நியமிப்பதற்காக நோயாளி, உறவினா அல்லது ஒரு பதிவு பெற்ற அமைப்பிடம் இருந்து உள்ளூர் கமிட்டிக்கு விண்ணப்பிப்பதற்கான படிவம்.

அனுப்புநர்

.....
.....
.....

பெறுநர்,

தலைவர், உள்ளூர் கமிட்டி

தேசிய அறக்கட்டளை தேனி மாவட்டம், தேனி.

ஐயா / அம்மா,

..... என்பவர் ஊனமுற்ற நபர், அவருக்கும் அவருடைய சொத்துக்கும் ஒரு காப்பாளர் மூலம் பாதுகாப்பு தேவைப்படுகிறது என்பவரை என்பவருக்கும் அவரது சொத்துக்கும் காப்பாளராக நியமிக்கும்படி வேண்டுகிறோம்.

மேலும் விபரங்களை இங்கு இணைத்துள்ளோம். விரைவில் முடிவு கோருகிறோம்.

1. காப்பாளர் தரப்பட வேண்டிய விபரங்கள்

பெயர் வயது

.....

ஊனத்தின் தன்மை

முகவரி

2. காப்பாளராக நியமிக்கப்பட வேண்டியவரின் விவரங்கள்

பெயர் வயது

ஊனமுற்றவருக்கு உறவாக இருப்பின் உறவு முறை

.....

முகவரி

.....
..... என்பவரின் ஊனச் சான்றிதழை இத்துடன் இணைத்துள்ளோம்.

சாட்சிகள்:

1-வது சாட்சி

தங்கள் உண்மையுள்ள

2-வது சாட்சி

அங்கீகரிப்பவரின் கையெழுத்து

பெயர்

பதவி

அலுவலக முத்திரை

காப்பாளர் நியமிக்கப்பட வேண்டியவரின் சம்மதம்

.....என்பவரின் காப்பாளராக என்பவரை

நியமிக்கும் யோசனைக்கு உடன்படுகிறேன்.

கையெழுத்து

பெயர்

தேதி

மேற்சொன்ன யோசனைக்கு காப்பாளரின் சம்மதம்

..... என்பவரின் நபருக்கும் உடைமைக்கும்
காப்பாளராக இருக்க சம்மதிக்கிறேன். எனது கடமைகளை சரியாக நிறைவேற்றுவேன்.

கையெழுத்து

பெயர்

தேதி

அசையும் மற்றும் அசையா சொத்துக்களின் விபரம் :

உறுதிமொழி பத்திரம் :

கையெழுத்து

பெயர்

தேதி

மாவட்ட மாற்றுத்திறனாளிகள் நல அலுவலகம்
தேனி மாவட்டம்

சுயதொழில் புரிய உதவும் வகையில் (Mild MR) மிதமான மனவளர்ச்சி குன்றியோர் மற்றும் கடுமையாக மனவளர்ச்சி குன்றிய மாற்றுத்திறனாளி குழந்தைகளின் பெற்றோர்களுக்கான இலவச மோட்டார் பொருத்திய தையல் இயந்திரம் பெறுவதற்கான விண்ணப்பம்

1. மனவளர்ச்சி குன்றிய மாற்றுத்திறனாளியின் பெயர் :

2. இனம் / வயது / ஜாதி :

3. ஊனத்தின் தன்மை (ம) தேசிய அடையாள அட்டை எண்:

4. மாற்றுத்திறனாளியின் ஆதார் அட்டை எண் :

5. குடும்ப அட்டை எண் :

6. முகவரி :

தொலைபேசி எண் :

7. விண்ணப்பிக்கும் மாற்றுத்திறனாளியின்
தந்தை / தாய் பெயர் :

8. இனம் / வயது / ஜாதி :

9. கல்வித் தகுதி :

10. ஆதார் அட்டை எண் :

11. தையல் பயிற்சி பெற்றுள்ள நிறுவனத்தின் முகவரி :

இதற்கு முன் வேறு துறையின் மூலம் இலவசமாக தையல் இயந்திரம் பெறவில்லை என்று உறுதி கூறுகிறேன்.

விண்ணப்பதாரர் கையொப்பம்

இணைக்கப்பட வேண்டிய சான்றுகள் :

1. தேசிய அடையாள அட்டை நகல் - 1
2. தையல் பயிற்சி சான்று நகல் - 1
3. குடும்ப அட்டை நகல் - 1
4. ஆதார் அட்டை நகல் - 1
5. புகைப்படம் - 2

விண்ணப்பப் படிவம் - 7

மாற்றுத்திறனாளிகள் நலவாரியம் திருமண உதவித் தொகைக்கான விண்ணப்பம்

1. மாற்றுத்திறனாளியின் பெயர் :

2. முகவரி :

தொலைபேசி எண் :

3. தேசிய அடையாள அட்டை எண் மற்றும் சதவீதம் :
(சான்றொப்பம் பெற்ற நகல் இணைக்கப்பட வேண்டும்)

4. மாற்றுத்திறனாளியின் குடும்ப உறுப்பினர் விபரம்
வ. எண் பெயர் வயது உறவுமுறை

5. மணமகன் மணமகள் பெயர் மற்றும் :
மாற்றுத்திறனுடையவரின் உறவுமுறை :

திருமணம் நடைபெறும் தேதி மற்றும் இடம் :
(திருமண அழைப்பிதழ் இணைக்கப்பட வேண்டும்)

ஏற்கனவே இத்திட்டத்தில் பயனடைந்து :
இருந்தால் அதன் விபரம்

இடம் :

மாற்றுத்திறனாளியின் கையொப்பம்

தேதி :

சான்று

மேற்கண்ட தகவல்கள் அனைத்தும் உண்மை என சான்றளிக்கிறேன்.

இடம் :
தேதி :

உறுப்பினர்
தமிழ்நாடு மாற்றுத்திறனாளிகள் நலவாரியம்
(அல்ல) மாவட்ட மாற்றுத்திறனாளிகள் நல அலுவலர்

ரூ. 2000/- (ரூபாய் இரண்டாயிரம் மட்டும்) ரூ. /- (ரூபாய் மட்டும்) கல்வி உதவித்தொகையாக ஒப்பளிக்கப்படுகிறது.

இடம் :
தேதி :

செயலர்
தமிழ்நாடு மாற்றுத்திறனாளிகள் நலவாரியம்

விண்ணப்பப் படிவம் - 8

மாற்றுத்திறனாளிகள் நலவாரியம் பெண் உறுப்பினர்களுக்கான பிரசவம் அல்லது கருக்கலைப்பு கருச்சிதைவு உதவித் தொகைக்கான விண்ணப்பம்

1. மாற்றுத்திறனாளியின் பெயர் :
2. முகவரி :
- தொலைபேசி எண் :
3. தேசிய அடையாள அட்டை எண் மற்றும் சதவீதம் :
(சான்றொப்பம் பெற்ற நகல் இணைக்கப்பட வேண்டும்)
4. மாற்றுத்திறனாளியின் குடும்ப உறுப்பினர் விபரம்
வ. எண் பெயர் வயது உறவுமுறை
5. பிறந்த குழந்தையின் விபரம் (பிறப்புச் சான்றிதழ் இணைக்கப்பட வேண்டும்)
6. கருக்கலைப்பு கருச்சிதைவு எனில் பதிவு பெற்ற மருத்துவரிடம் சான்று பெற்று இணைக்கப்பட வேண்டும்
7. ஏற்கனவே இத்திட்டத்தில் பள்ளடைந்து இருந்தால் அதன் விபரம்

இடம் :
தேதி :

மாற்றுத்திறனாளியின் கையொப்பம்

சான்று

மேற்கண்ட தகவல்கள் அனைத்தும் உண்மை என சான்றளிக்கிறேன்.

இடம் :
தேதி :

உறுப்பினர்
தமிழ்நாடு மாற்றுத்திறனாளிகள் நலவாரியம்
(அல்ல) மாவட்ட மாற்றுத்திறனாளிகள் நல அலுவலர்

ஒப்பளிப்பு

ரூ. 6000/- (ரூபாய் ஆறாயிரம் மட்டும்) ரூ.1000/- வீதம் 6 மாதத்திற்கு / ரூ.3000/- (ரூபாய் மூன்றாயிரம் மட்டும்) மாற்றுத்திறனாளி பெண்ணிற்கு பிரசவம் */ கருச்சிதைவிற்கு */ கருகலைப்பிற்கு* உதவித்தொகையாக ஒப்பளிக்கப்படுகிறது.

இடம் :
தேதி :

செயலர்
தமிழ்நாடு மாற்றுத்திறனாளிகள் நலவாரியம்

விண்ணப்பப் படிவம் - 9

மாற்றுத்திறனாளிகள் நலவாரியம் மூக்கு கண்ணாடி உதவித் தொகைக்கான விண்ணப்பம்

1. மாற்றுத்திறனாளியின் பெயர் :
2. முகவரி :
3. தேசிய அடையாள அட்டை எண் மற்றும் சதவீதம் (சான்றொப்பம் பெற்ற நகல் இணைக்கப்பட வேண்டும்) :
4. பதிவு பெற்ற கண் மருத்துவரிடம் பெற்ற அசல் சான்று :
5. அசல் ரொக்கப் பட்டியல் :

இடம் :
தேதி :

மாற்றுத்திறனாளியின் கையொப்பம்

சான்று

மேற்கண்ட தகவல்கள் அனைத்தும் உண்மை என சான்றளிக்கிறேன்.

இடம் :
தேதி :

உறுப்பினர்
தமிழ்நாடு மாற்றுத்திறனாளிகள் நலவாரியம்
(அல்ல) மாவட்ட மாற்றுத்திறனாளிகள் நல அலுவலர்

ஒப்பளிப்பு

ரூ. 500/- (ரூபாய் ஐநூறு மட்டும்) மாற்றுத்திறனாளி நபருக்கு மூக்கு கண்ணாடி வாங்கிய செலவினம் ஈடுகட்டுவதற்காக உதவித்தொகையாக ஒப்பளிக்கப்படுகிறது.

இடம் :
தேதி :

செயலர்
தமிழ்நாடு மாற்றுத்திறனாளிகள் நலவாரியம்

விண்ணப்பப் படிவம் - 1 (அ)

மாற்றுத்திறனாளிகள் நலவாரியம் விபத்து நிவாரண உதவித் தொகைக்கான விண்ணப்பம்

பெறுநநர்

செயலர்
தமிழ்நாடு மாற்றுத்திறனாளிகள் நல வாரியம்

1. மாற்றுத்திறனாளியின் பெயர் :
2. முகவரி :

தொலைபேசி எண்

3. வயது :
4. பணி :
5. பதிவு எண் மற்றும் தேதி :
6. அ) இறந்த இடம் :
ஆ) இறப்பிற்கான காரணம் :
(இறப்புச் சான்றிதழ் இணைக்கவும்)
7. விபத்தான தேதியும் நேரமும் :
விபத்து ஏற்பட்ட இடம் :
8. விபத்தினால் ஏற்பட்ட இழப்பு விபரம் :

9. அ) விண்ணப்பதாரரின் பெயர் :
ஆ) விண்ணப்பதாரரின் வயது :
இ) விண்ணப்பதாரரின் முகவரி :
ஈ) இறந்த மாற்றுத்திறனாளிக்கு :
உறவுமுறை

விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம்

இடம் :
தேதி :

சான்று
மேற்கண்ட தகவல்கள் அனைத்தும் உண்மை என சான்றளிக்கிறேன்.

இடம் :
தேதி :

உறுப்பினர்
தமிழ்நாடு மாற்றுத்திறனாளிகள் நலவாரியம்

ஒப்பளிப்பு

..... (ரூபாய் மட்டும்)

விண்ணப்பதாரருக்கு ஈமச்சடங்கு செலவினத்திற்காக / இறந்த மாற்றுத்திறனாளி நபர்
திரு / திருமதி விபத்து நிவாரணத்திற்காக
உதவித் தொகையாக வழங்கப்படுகிறது.

இடம் :
தேதி :

செயலர்
தமிழ்நாடு மாற்றுத்திறனாளிகள் நல வாரியம்

விண்ணப்ப படிவம் - 1

விபத்தினை தெரிவிக்கும் படிவம்

அனுப்புநர்
செயலர்
தமிழ்நாடு மாற்றுத்திறனாளிகள் நல வாரியம்

பெறுநர்
காவல்துறை ஆய்வாளர் / உதவி ஆய்வாளர்

அய்யா,

திரு. / திருமதி. / செல்வி. / செல்வன்..... த.பெ. /

க.பெ.....மாற்றுத்திறனுள்ள நபர் பணிபுரியும்

..... இடத்தில் விபத்தின் மூலம் கை,

கால் இழப்பு / கண் பார்வை இழப்பு / நிரந்திர மாற்றுத்திறன் / பகுதி மாற்றுத்திறன்

அடைந்துள்ளார் / இறந்துவிட்டார்.

மேலதிகாரியின் கையொப்பம்
முகவரி

மாற்றுத்திறனுள்ள நபர் /
வாரிசுதாரர் / தொழிற்சங்கங்களின்
பிரதிநியின் கையொப்பம்

தேதி: