

விண்ணப்ப படிவம் 7  
மாவட்ட மாற்றுத்திறனாளிகள் நல அலுவலகம் - விழுப்புரம் - 605602  
தொலைபேசி எண்: 04146 225543  
மாற்றுத் திறனாளிகள நல வாரியம் மூலம் மாற்றுத் திறனாளி மகளிர் பிரசவம் மற்றும்  
கருச்சிதைவு உதவித்தொகைக்கான விண்ணப்பம்

1. மாற்றுத்திறனாளியின் பெயர் :
2. முகவரி :

தொலைபேசி எண்

3. வயது/ பிறந்த தேதி
4. தேசிய அடையாள அட்டை எண் மற்றும் தேதி :  
(சான்றொப்பம் பெற்ற நகல் இணைக்கப்பட வேண்டும்)
- 5.. மாற்றுத் திறனாளியின் தன்மை மற்றும் சதவீதம்
6. கணவர் பெயர்

6. குழந்தை பிறந்த நாள்

ஆண் / பெண் குழந்தை

7 குழந்தை பிறந்த மருத்துவமனை மற்றும் முகவரி

8. பிரசவத்திற்காக ஆரம்ப சுகாதார நிலையம் மூலம்  
நிதியுதவி பெறப்பட்டதா?  
(ஆம் எனில் இத்திட்டத்தின் கீழ் தகுதி இல்லை)

9. கருச்சிதைவு அறுவை சிகிச்சை நடைபெற்ற நாள்

9. கருச்சிதைவு அறுவை சிகிச்சை நடைபெற்ற  
மருத்துவ மனை மற்றும் முகவரி

10. கருச்சிதைவிற்காக ஆரம்ப சுகாதார நிலையம் மூலம்  
நிதியுதவி பெறப்பட்டதா?  
(ஆம் எனில் இத்திட்டத்தின் கீழ் தகுதி இல்லை)

பிரசவம் மற்றும் கருச்சிதைவு நிதியுதவி பெறும் திட்டத்தின்கீழ் மருத்துவ துறை அல்லது வேறு எந்த துறையிலும் அரசு உதவித்தொகை பெறவில்லை என்ற சான்றளிக்கிறேன்

மாற்றுத்திறனாளியின் கையொப்பம்

இடம் :

தேதி :

இணைக்கப்பட வேண்டிய சான்றுகள்

- 1) தேசிய ஊனமுற்றோர் அடையாள அட்டை மற்றும் வாரியப் பதிவு விவரம் குறித்த நகல்
- 2) குடும்ப அட்டை நகல் 3) ஆதார்அட்டை நகல்
- 3) பிறவசத்திற்கு 1) குழந்தை பிறப்பு சான்று நகல் 2) மருத்துவமனை சான்று நகல்
- 4) கருச்சிதைவிற்கு 1) அறுவை சிகிச்சை செய்த மருத்துவ மனை சான்றிதழ்
- 5) அரசிடமிருந்து நிதியுதவி பெறவில்லை என சான்று