

விண்ணப்ப படிவம் 7
மாவட்ட மாற்றுத்திறனாளிகள் நல அலுவலகம் - விழுப்புரம் - 605602
தொலைபேசி எண்: 04146 225543
மாற்றுத் திறனாளிகள் நல வாரியம் மூலம் மூக்கு கண்ணாடி செலவினம் ஈடு
செய்வதற்கான 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. மூக்கு கண்ணாடி பரிந்துரை செய்த மருத்துவர் /
மருத்துவமனை
7. மூக்கு கண்ணாடி வாங்கிய கடை
8. மூக்கு கண்ணாடி வாங்கியதன் மதிப்பு

மாற்றுத்திறனாளியின் கையொப்பம்

இடம் :
தேதி :

இணைக்கப்பட வேண்டிய சான்றுகள்

- 1) தேசிய ஊனமுற்றோர் அடையாள அட்டை மற்றும் வாரியப் பதிவு விவரம் குறித்த நகல்
- 2) குடும்ப அட்டை நகல்
- 3) ஆதார் அட்டை நகல்
- 4) மூக்கு கண்ணாடி பரிசோதனை சான்று
- 5) மூக்கு கண்ணாடி கொள்முல் செய்த ரசீது