

കേരള ക്ഷീര കർഷക ക്ഷേമനിധി ബോർഡ്

സമഗ്ര സാമൂഹ്യ സുരക്ഷ പദ്ധതി

വ്യക്തിഗത അപകട ധനസഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷാ ഫോറം

(ഈ അപേക്ഷാ ഫോറം നൽകിയത് ധനസഹായം അനുവദിക്കുന്നതിന് ഒരു ബാധ്യത ആയിരിക്കുകയില്ല. ഈ ഫോറത്തിനൊപ്പം മരണ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് (ആവശ്യമായ സാഹചര്യങ്ങളിൽ), പോലീസ് എഫ്.ഐ.ആറിന്റെ പകർപ്പ് (ആവശ്യമായ സാഹചര്യങ്ങളിൽ) എന്നിവ ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്)

1. ക്ഷേമനിധിയിൽ ഉൾപ്പെടുന്ന വിഭാഗം

- a. : അപകടമരണം / അപകടം മൂലം സ്ഥായിയായ അവശത
- b. : ക്ഷേമനിധി അംഗത്തിന്

1. (a) ക്ഷേമനിധിയിൽ ഉൾപ്പെടുന്ന വ്യക്തിയുടെ പൂർണ്ണമായ പേര്	(a)
(b) മേൽവിലാസം	(b)
(c) ക്ഷേമനിധിയിൽ ഉൾപ്പെടുന്ന വ്യക്തിയ്ക്ക് മരണമടഞ്ഞ വ്യക്തിയുമായുള്ള ബന്ധം	(c)

2. പദ്ധതിയിൽ ഉൾപ്പെട്ട അംഗത്തെ സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ

- a. ജില്ല :
- b. ബ്ലോക്ക് :
- c. ക്ഷീര സംഘത്തിന്റെ പേര് :
- d. ക്ഷേമനിധി അംഗത്വ നമ്പർ :

3. അപകടത്തിൽ മരണമടഞ്ഞ പദ്ധതിയിൽ ഉൾപ്പെട്ട വ്യക്തിയെ സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ

- a) പൂർണ്ണമായ പേര് :
- b) അവസാന മേൽവിലാസം :
- c) ജോലി :
- d) മരിയ്ക്കുന്ന സമയത്തെ പ്രായം :

4. a. അപകടം നടന്ന തീയതി കൃത്യമായ സമയം :

b. എവിടെവെച്ചാണ് അപകടം സംഭവിച്ചത് :

c. അപകടം സംഭവനയിച്ച പൂർണ്ണ വിവരണം :

(അപകട കാരണം അപകടത്തിലുണ്ടായ

മുറിവുകൾ എന്നിവ ഉൾപ്പെടെ)

d) മരണം, നടന്ന സ്ഥലം, തീയതി സമയം :

5. ക്ഷേമനിധിയിൽ ഉൾപ്പെടുന്ന വ്യക്തി ആരിൽ നിന്നും

എപ്പോഴാണ് അപകടത്തെ സംബന്ധിച്ച

വിവരങ്ങൾ അറിഞ്ഞത് :

6. അപകടത്തിന് സാക്ഷിയായ രണ്ട് വ്യക്തികളുടെ

പേരും മേൽവിലാസവും :

7. a) മരണമടഞ്ഞ വ്യക്തിയ്ക്ക് അപകട സമയത്ത് ശാരീരിക

ദുരവസ്ഥകൾ ഏതെങ്കിലും ഉണ്ടായിരുന്നോ ?

ഉണ്ടെങ്കിൽ പൂർണ്ണ വിവരങ്ങൾ :

b) മരണമടഞ്ഞ വ്യക്തി അപകട സമയത്ത് മദ്യത്തിന്റെയോ മയക്കുമരുന്നിന്റെയോ സ്വാധീനത്തിലായിരുന്നോ :

c) മരണ കാരണം അപകടമാണെന്ന് ക്ഷേമനിധിയിൽ ഉൾപ്പെടുന്ന വ്യക്തിയ്ക്ക് ബോധ്യമാണോ ? :

d) 1. മരണമടഞ്ഞ വ്യക്തിയെ അപകടത്തിനു ശേഷം

ചികിത്സിച്ച ആശുപത്രി/ക്ലിനിക്/നഴ്സിംഗ്

ഹോമിന്റെ പേരും മേൽവിലാസവും

- 2. മരണമടഞ്ഞ വ്യക്തിയെ അപകടത്തിനു ശേഷം ചികിത്സിച്ച ഫിസിയഷ്യൻ / സർജൻറെ പേരും മേൽവിലാസവും
- 3. മരണമടഞ്ഞ വ്യക്തിയെ പതിവായി ചികിത്സിച്ചിരുന്ന ഡോക്ടർ ഉണ്ടെങ്കിൽ അദ്ദേഹത്തിന്റെ പേരും മേൽവിലാസവും :

- 8 . താഴെപ്പറയുന്ന രേഖകൾ ഹാജരാക്കിയിട്ടുണ്ടോ ? :
- a. ബന്ധപ്പെട്ട ക്ഷീര സംഘത്തിന്റെ ഭരണസമിതി തീരുമാനം : ഉണ്ട് / ഇല്ല
 - b. ക്ഷേമനിധി അംഗത്തിന്റെ തിരിച്ചറിയൽ കാർഡിന്റെ പകർപ്പ് : ഉണ്ട് / ഇല്ല
 - c. പോസ്റ്റുമോർട്ടം / മെഡിക്കൽ റിപ്പോർട്ടിന്റെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ് : ഉണ്ട് / ഇല്ല
 - d. പോലീസ് പ്രഥമിക അന്വേഷണ റിപ്പോർട്ട് : ഉണ്ട് / ഇല്ല

മുകളിൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള ചോദ്യങ്ങൾക്ക് നൽകിയ മറുപടികൾ എല്ലാതരത്തിലും പൂർണ്ണവും സത്യസന്ധവുമാണെന്ന് ഇതിനാൽ ഉറപ്പു നൽകുന്നു.

ക്ഷേമനിധി ആവശ്യപ്പെടുന്ന വ്യക്തിയുടെപേരും ഒപ്പും:

സ്ഥലം :
തീയതി :

സാക്ഷികൾ

- 1. ഒപ്പ് പേര് മേൽവിലാസം
- 2. ഒപ്പ് പേര് മേൽവിലാസം

ക്ഷീര സംഘം സെക്രട്ടറിയുടെ സാക്ഷ്യപത്രം

ശ്രീ/ശ്രീമതി..... ഈ ക്ഷീര സംഘത്തിൽ രജിസ്റ്റർ ചെയ്തിട്ടുള്ള നമ്പർ ക്ഷേമനിധി അംഗമാണെന്നും, പ്രതിമാസ അംശദായം സംഘത്തിൽ ഒടുക്കിയിട്ടുള്ള വ്യക്തിയാണെന്നും, , മുകളിൽ പരാമർശിച്ചിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ ശരിയും സത്യവുമാണെന്നും, സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം : ക്ഷീര സംഘത്തിന്റെ പേര് :
(സംഘം സീൽ)
തീയതി : ക്ഷീര സംഘം സെക്രട്ടറിയുടെ പേരും ഒപ്പും:

ക്ഷീരവികസന ഓഫീസറുടെസാക്ഷ്യപത്രവും ശുപാർശയും

..... ക്ഷീരസംഘത്തിലെ നമ്പർ ക്ഷേമനിധി അംഗമായ ശ്രീ/ശ്രീമതി..... (പേര്)..... (അഡ്രസ്സ്) മുകളിൽ പ്രസ്താവിച്ചിരിക്കുന്ന കാര്യങ്ങൾ ശരിയും സത്യവും ആണെന്ന് ബോധ്യപ്പെട്ടിട്ടുള്ളതാണെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. ആയതിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ടി ക്ഷേമനിധി അനുവദിക്കുന്നതിന് ശുപാർശ ചെയ്തുകൊള്ളുന്നു

സ്ഥലം : പരിശോധന ഉദ്യോഗസ്ഥന്റെ പേരും ഒപ്പും :
(ഓഫീസ് സീൽ)
തീയതി : ക്ഷീര വികസന ഓഫീസറുടെ പേരും ഒപ്പും :

ജില്ലാ നോഡൽ ഓഫീസറുടെസാക്ഷ്യപത്രവും ശുപാർശയും

മുകളിൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള വിവരങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ഈ അപേക്ഷ ശുപാർശ ചെയ്തിരിക്കുന്നു/ നിരസിച്ചിരിക്കുന്നു.

സ്ഥലം :
(ഓഫീസ് സീൽ)
തീയതി : ജില്ലാ നോഡൽ ഓഫീസറുടെ പേരും ഒപ്പും :

ക്ഷേമനിധി ഓഫീസിന്റെ ഉപയോഗത്തിന്

മുകളിൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള വിവരങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ഈ അപേക്ഷ ശുപാർശ ചെയ്തിരിക്കുന്നു/ നിരസിച്ചിരിക്കുന്നു.

സ്ഥലം : ചീഫ് എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഓഫീസർ
തീയതി : (ഓഫീസ് സീൽ)

കേരള ക്ഷീര കർഷക ക്ഷേമനിധി ബോർഡ് സമഗ്ര സാമൂഹ്യ സുരക്ഷ പദ്ധതി

മാരകരോഗങ്ങൾക്കുള്ള ആശുപത്രി ചികിത്സാച്ചെലവ്/പകർച്ച വ്യാധി ചികിത്സാച്ചെലവ് സംബന്ധിച്ച അപേക്ഷാ ഫോറം

1. പദ്ധതിയിൽ ഉൾപ്പെട്ട ക്ഷേമനിധി അംഗത്തെ സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ

- a. ജില്ല :
- b. ബ്ലോക്ക് :
- c. ക്ഷീര സംഘത്തിന്റെ പേര് :
- d. ക്ഷേമനിധി അംഗത്വ നമ്പർ :
- e. അംഗത്തിന്റെ പൂർണ്ണമായ മേൽവിലാസം :

2. മാരകരോഗം/ പകർച്ച വ്യാധിയ്ക്ക് ചികിത്സ അനുഭവിച്ച വ്യക്തി : ക്ഷേമനിധി അംഗം

3. മാരകരോഗം /പകർച്ച വ്യാധിയുടെ വിവരണം :

4. രോഗം കണ്ടു പിടിക്കപ്പെട്ട തീയതി :

5. രോഗം ചികിത്സിച്ച ഡോക്ടറുടെ പേര്, മേൽവിലാസം :

6. ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിച്ച തീയതി :

7. ആശുപത്രിയിൽ നിന്നും വിട്ടയച്ച തീയതി :

8. ചികിത്സ ആരംഭിച്ച തീയതിയും അവസാനിച്ച തീയതിയും :

9. താഴെപ്പറയുന്ന രേഖകൾ ഹാജരാക്കിയിട്ടുണ്ടോ :

- a. ബന്ധപ്പെട്ട ക്ഷീര സംഘത്തിന്റെ ഭരണസമിതി തീരുമാനം : ഉണ്ട് / ഇല്ല
- b. ക്ഷേമനിധി അംഗത്തിന്റെ തിരിച്ചറിയൽ കാർഡിന്റെ പകർപ്പ് : ഉണ്ട് / ഇല്ല
- c. ചികിത്സിച്ച ഡോക്ടറുടെ റിപ്പോർട്ട് (പ്രസ്തുത മാതൃകയിൽ) : ഉണ്ട് / ഇല്ല

10. അപേക്ഷകന്റെ SBT അക്കൗണ്ട് നമ്പരും ശാഖയും :

മുകളിൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള ചോദ്യങ്ങൾക്ക് നൽകിയ മറുപടികൾ എല്ലാതരത്തിലും പൂർണ്ണവും സത്യസന്ധവുമാണെന്ന് ഇതിനാൽ ഉറപ്പു നൽകുന്നു.

സ്ഥലം :

തീയതി :

ക്ഷേമനിധി ആവശ്യപ്പെടുന്ന വ്യക്തിയുടെ പേരും ഒപ്പും :

ക്ഷീര സംഘം സെക്രട്ടറിയുടെ സാക്ഷ്യപത്രം

ശ്രീ/ശ്രീമതി..... ഈ ക്ഷീര സംഘത്തിൽ രജിസ്റ്റർ ചെയ്തിട്ടുള്ള
..... നമ്പർ ക്ഷേമനിധി അംഗമാണെന്നും, അപേക്ഷകൻ മുകളിൽ പരാമർശിച്ചിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ
ശരിയും സത്യവുമാണെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം : ക്ഷീര സംഘത്തിന്റെ പേര് :
(സംഘം സീൽ)

തീയതി : ക്ഷീര സംഘം സെക്രട്ടറിയുടെ പേരും ഒപ്പും:

ക്ഷീരവികസന ഓഫീസറുടെ സാക്ഷ്യപത്രവും ശുപാർശയും

..... ക്ഷീരസംഘത്തിലെ നമ്പർ ക്ഷേമനിധി അംഗമായ
ശ്രീ/ശ്രീമതി..... (പേര്).....
..... (അഡ്രസ്സ്) മുകളിൽ പ്രസ്താവിച്ചിരിക്കുന്ന കാര്യങ്ങൾ ശരിയും സത്യവും
ആണെന്ന് ബോധ്യപ്പെട്ടിട്ടുള്ളതാണെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. ആയതിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ടി ക്ളെയിം
അനുവദിക്കുന്നതിന് ശുപാർശ ചെയ്തുകൊള്ളുന്നു

സ്ഥലം : പരിശോധന ഉദ്യോഗസ്ഥന്റെ പേരും ഒപ്പും :
(ഓഫീസ് സീൽ)

തീയതി : ക്ഷീര വികസന ഓഫീസറുടെ പേരും ഒപ്പും :

ക്ഷേമനിധി ഓഫീസിന്റെ ഉപയോഗത്തിന്

മുകളിൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള വിവരങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ഈ അപേക്ഷ ശുപാർശ ചെയ്തിരിക്കുന്നു/ നിരസിച്ചിരിക്കുന്നു.

സ്ഥലം : ചീഫ് എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഓഫീസർ
തീയതി : (ഓഫീസ് സീൽ)

കേരള ക്ഷീര കർഷക ക്ഷേമനിധി ബോർഡ്

സമഗ്ര സാമൂഹ്യ സുരക്ഷ പദ്ധതി

പ്രകൃതി ദുരന്തങ്ങൾ മൂലം കാലിത്തൊഴുത്തിന് ഉണ്ടാകുന്ന നഷ്ടങ്ങൾക്കുള്ള അപേക്ഷാ ഫോറം

1. പദ്ധതിയിൽ ഉൾപ്പെട്ട ക്ഷേമനിധി അംഗത്തെ സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ

- a. പേര് :
- b. മേൽവിലാസം :
- c. ക്ഷീര സംഘത്തിന്റെ പേര് :
- d. ബ്ലോക്ക് :
- e. ജില്ല :
- f. KDFWF അംഗ നമ്പർ

2. പ്രകൃതി ദുരന്തം മൂലം നഷ്ടം സംഭവിച്ചത് : കാലിത്തൊഴുത്തിന്
 3. ഏത് രീതിയിൽ ഉള്ള ദുരന്തമാണ് സംഭവിച്ചത് : തീവീടുത്തം /പ്രളയം /ഭൂകമ്പം /ഇടിമിന്നൽ
 കൊടുങ്കാറ്റ് /മറ്റുള്ളവ (മറ്റുള്ളവ എങ്കിൽ വിശദമാക്കുക)

4. ദുരന്തം നടന്ന തീയതിയും സമയവും :

5. നാശനഷ്ടം സംഭവിച്ച കാലിത്തൊഴുത്ത് സംബന്ധിച്ച അടിസ്ഥാന വിവരങ്ങൾ

- a. കാലിത്തൊഴുത്തിന്റെ തറ സംബന്ധിച്ച് :
- b. മേൽക്കൂര സംബന്ധിച്ച് :

6. ദുരന്തം സംഭവിച്ച വിവരം പോലീസ് ബന്ധപ്പെട്ട അധികാരികളെ അറിയിച്ചിരുന്നോ :

7. സാമ്പത്തിക നഷ്ട കണക്കുകൾ

നഷ്ടം	മതിപ്പ് വില	നഷ്ടത്തിന്റെ കണക്ക്	ക്കളയിം ചെയ്യുന്ന തുക
തൊഴുത്ത്			

8. അപേക്ഷകന്റെ SBT അക്കൗണ്ട് നമ്പരും (11 അക്കം) ശാഖയുടെ പേരും :

9. താഴെ പറയുന്ന രേഖകൾ ഹാജരാക്കിയിട്ടുണ്ടോ ?

- a. ബന്ധപ്പെട്ട ക്ഷീര സംഘത്തിന്റെ ഭരണസമിതി തീരുമാനം :
- b. ക്ഷേമനിധി അംഗത്തിന്റെ തിരിച്ചറിയൽ കാർഡിന്റെ പകർപ്പ് : ഉണ്ട് / ഇല്ല
- c. നാശം സംഭവിച്ചതിന്റെ ഫോട്ടോഗ്രാഫുകൾ : ഉണ്ട് / ഇല്ല

മേൽ പരാമർശിച്ചിട്ടുള്ള കാര്യങ്ങൾ ശരിയും സത്യവുമാണെന്ന് പ്രസ്താവിച്ചുകൊള്ളുന്നു.

തീയതി :

സ്ഥലം :

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പും പേരും

NB :- അപകടം സംഭവിച്ച തൊഴുത്തിന്റെ തൽസമയ ഫോട്ടോയും, പുനർ നിർമ്മിക്കുന്നതിനാവശ്യമായ എസ്റ്റിമേറ്റും ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്.

ക്ഷീര സംഘം സെക്രട്ടറിയുടെ സാക്ഷ്യപത്രം

ശ്രീ/ശ്രീമതി..... ഈ ക്ഷീര സംഘത്തിൽ രജിസ്റ്റർ ചെയ്തിട്ടുള്ള നമ്പർ ക്ഷേമനിധി അംഗമാണെന്നും, അപേക്ഷകൻ മുകളിൽ പരാമർശിച്ചിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ ശരിയും സത്യവുമാണെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം : ക്ഷീര സംഘത്തിന്റെ പേര് :
(സംഘം സീൽ)

തീയതി : ക്ഷീര സംഘം സെക്രട്ടറിയുടെ പേരും ഒപ്പും:

ക്ഷീരവികസന ഓഫീസറുടെ സാക്ഷ്യപത്രവും ശുപാർശയും

..... ക്ഷീരസംഘത്തിലെ നമ്പർ ക്ഷേമനിധി അംഗമായ ശ്രീ/ശ്രീമതി..... (പേര്)..... (അഡ്രസ്സ്)ന് പ്രകൃതി ദുരന്തം മൂലം തീയതിയിൽ ഉണ്ടായ നാശനഷ്ടം ഈ ഓഫീസിൽ നിന്നും ശരിയും സത്യവുമാണെന്ന് ബോധ്യപ്പെട്ടിട്ടുള്ളതാണെന്നും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. ആയതിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ടി ക്ളെയിം അനുവദിക്കുന്നതിന് ശുപാർശ ചെയ്തുകൊള്ളുന്നു

സ്ഥലം : പരിശോധന ഉദ്യോഗസ്ഥന്റെ പേരും ഒപ്പും :
(ഓഫീസ് സീൽ)

തീയതി : ക്ഷീര വികസന ഓഫീസറുടെ പേരും ഒപ്പും :

ജില്ലാ നോഡൽ ഓഫീസറുടെ സാക്ഷ്യപത്രവും ശുപാർശയും

മുകളിൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള വിവരങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ഈ അപേക്ഷ ശുപാർശ ചെയ്തിരിക്കുന്നു/ നിരസിച്ചിരിക്കുന്നു.

സ്ഥലം : (ഓഫീസ് സീൽ)

തീയതി : ജില്ലാ നോഡൽ ഓഫീസറുടെ പേരും ഒപ്പും :

ക്ഷേമനിധി ഓഫീസിന്റെ ഉപയോഗത്തിന്

മുകളിൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള വിവരങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ഈ അപേക്ഷ ശുപാർശ ചെയ്തിരിക്കുന്നു/ നിരസിച്ചിരിക്കുന്നു.

സ്ഥലം : ചീഫ് എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഓഫീസർ
തീയതി : (ഓഫീസ് സീൽ)