

புதுச்சேரி அரசு

GOVERNMENT OF PUDUCHERRY

வருவாய் மற்றும் பேரிடர் மேலாண்மைத் துறை

DEPARTMENT OF REVENUE AND DISASTER MANAGEMENT

வறுமையில் வாடும் குடும்பங்களுக்கான இராஜீவ் காந்தி சமூகப் பாதுகாப்புத் திட்டம்-2012

RAJIV GANDHI SOCIAL SECURITY SCHEME FOR POOR FAMILIES-2012

படிவம்-ஆ / FORM-B

[பார்க்க விதி 5 (3) / See Rule 5 (3)]

நிதிபதவி கோரும் விண்ணப்பப் படிவம் / CLAIM FORM FOR GRANT OF FINANCIAL ASSISTANCE

(விண்ணப்பதாரரால் நிரப்பப்பட வேண்டும் / To be completed by the Member)

1. உறுப்பினரின் பெயர் மற்றும் முகவரி
Name and Address of the member :

2. தற்போதைய வயது / Present age :

3. உறுப்பினருக்கு ஏற்பட்ட விபத்து பற்றிய விவரம்
Details of the accident to the member—

(அ) விபத்து நடந்த தேதி / (a) Date of accident :

(ஆ) விபத்து நடந்த இடம் / (b) Place of accident :

(இ) ஊனத்தின் தன்மை மற்றும் பாதிக்கப்பட்ட உடலுறுப்பு :

(ச) Nature of disability and part of the body affected :

(ஈ) ஊனம் ஏற்பட்ட சூழ்நிலை பற்றிய விவரங்கள் :

(d) Describe in brief the circumstances under which you were disabled

(உ) விபத்தால் ஊனமேற்பட்டிருப்பின், விபத்தைப்பற்றி புகார் :

செய்த காவல் நிலையத்தின் பெயர், வழக்கின் எண் மற்றும் தேதி (காவல்துறை அதிகாரியால் சான்று செய்யப்பட்ட இறுதி ஆய்வு அறிக்கையின் நகலை இணைக்கவும்)

(e) If the disability arose as a result of an accident, state the name of the Police Station to which the accident was reported; mentioning Police Case No. and date (Attach a copy of the Final Police Investigation Report certified by the Police Authorities)

(ஊ) விபத்தைப் பற்றி காவல் நிலையத்தில் புகார் :

செய்யப்பட்டவில்லையெனில், அதற்கான காரணங்கள் மற்றும் நடைபெற்ற விபத்திற்கு சாட்சியாக இருவரின் முழு பெயர்கள், முகவரிகள் மற்றும் உறவுமுறை

(f) If the accident was not reported to the Police, state the reasons therefor and mention the full name, addresses and your relationship with

Two Persons who have witnessed the incident

(எ) ஊனத்திற்கு சிகிச்சையளித்த மருத்துவர்(கள்) / :

மருத்துவ மனையின் (களின்) பெயர்

(g) State the name of the Doctor(s) / Hospital(s)

who / which treated you for disablement

(ஐ) ஊனத்தின் சதவீதம் / (h) Percentage of disability :

குறிப்பு : புதுச்சேரி அரசால் அதிகாரமளிக்கப்பட்ட அதிகாரியால் வழங்கப்பட்ட ஊனமடைந்ததற்கான சான்றிதழ் இணைக்கப்பட வேண்டும்.

Note : Attach Certificate of Disability issued by the Competent Authority of the Government of Puducherry.

..... என்கிற நான் மேற்கூறிய தகவல்கள் அனைத்தும் எனக்குத் தெரிந்தவரையில் உண்மையானதும் சரியானதுமாகும் என்று உறுதியளிக்கிறேன்.

I, do hereby declare that the foregoing statements are true and correct to the best of my knowledge.

புதுச்சேரி, 201 ஆம் வருடம் மாதம் தேதி

Dated at Puducherry this day of 201

உறுப்பினரின் கையெழுப்பம் / பெருவிரல் ரேகை

Signature / Thumb-impression of the Member

உறுப்பினரின் பெயர் / Name of the Member :