

අධ්‍යක්ෂ,
ආබාධ සහිත තැනැත්තන් සඳහා වූ ජාතික මහ ලේකම් කාර්යාලය,
පලමු මහල, ii අදියර,
සෙන්සිටිවය,
බත්තරමුල්ල.
දුරකථන අංකය - 011 2877374

පணிப்பாளர்,
අங்கවිනිමුற்ற නபர்களுக்கான தேசிய செயலகம்,
முதலாவது மாடி, II வது கட்டம்,
செத்சிறிபாய ,
பத்தரமுல்ல.

தொலைபேசி இலக்கம் - 011. 2877374



ஐதி ஈழாஸ்திராஸீ, ஈஹெ ஈஸித ஈதூதீதீ ஈதூ ஈதூஸத ஈதூர ஈதூதீதூ
குறைந்த வருமானம் பெறும் அங்கவண்முற்ற நபர்களுக்கான கல்வி உதவி கோரல்

01.கிழா/ கிழாலுக் காரதூர் : மாணவன்/ மாணவியின் தகவல்கள்

1. සම්පූර්ණ නම/முழுப்பெயர்.....
2. ලිපිනය / முகவரி :
3. උපන් දිනය / பிறந்த திகதி:
4. වයස / வயது :
5. පාසල / பாடசாலை :
6. ශ්‍රේණිය/ தரம் :
7. ආබාධ සහිත බව කුමක් ද යන්න සඳහන් කරන්න /

எவ்வகையான அங்கவீனம் என்பதை குறிப்பிடவும்

(දරුවා ආබාධ සහිත නම් පමණක් මෙහි සඳහන් කරන්න. රජයේ වෛද්‍යවරයෙකුගෙන් ලබා ගත් වෛද්‍ය වාර්තාවේ මුල් පිටපතක් හෝ වෛද්‍ය වාර්තාවේ පිටපතක් අමුණා එවන්නේ නම් එය සමාජ සේවා නිලධාරී /සමාජ සංවර්ධන සහකාර/සංවර්ධන නිලධාරී විසින් සත්‍ය පිටපතක් බව සහතික කළ යුතුය.)

பிள்ளை அங்கவீனராக இருப்பின் மாத்திரம் இதில் குறிப்பிடவும் அரசு வைத்தியசாலையின் வைத்தியரிடமிருந்து பெற்ற மருத்துவ அறிக்கையின் மூலப்பிரதி அல்லது வைத்திய அறிக்கையின் பிரதி இணைப்பதாயின் சமூக சேவை உத்தியோகத்தர் / சமூக அபிவிருத்தி உதவியாளர் / அபிவிருத்தி உதவியாளரினால் உறுதிப்படுத்தப்பட்டு பிரதி இணைக்கப்பட்டிருத்தல் வேண்டும்.)

8. අවශ්‍ය ආධාරය: (අවශ්‍ය මුදල පැහැදිලිව සඳහන් කරන්න. මිළදී ගැනීමට අවශ්‍ය පාසල් උපකරණ සඳහා ලබා ගත් ඇස්තමේන්තුවේ මුල්පිටපත අමුණන්න.)

தேவைப்படுகின்ற உதவி : (தேவைப்படுகின்ற பணத்தினைத் தெளிவாகக் குறிப்பிடவும். கொள்வனவு செய்வதற்கு தேவையான பாடசாலை உபகரணங்கள் தொடர்பில் பெற்றுக் கொண்ட விலைமனுக்களை உள்ளடக்கிய பட்டியலொன்றின் மூலப்பிரதியை இணைக்கவும்..)

9. I. ஸர்கர்டுனே ஸதீபூர்கு தன / பாதுகாவலரின் முழுப்பெயர் :
- II. ஸுதூபுதீபன் ஈகய / அடையாள அட்டை இலக்கம் :
- III. தூகப்த ஈகய/ துாஸைபேசி இலக்கம்:
- IV. ஈாபா ஸகித லெ கும்னீத யந்த ஸதீதன் கரந்த /எவ்வகையான அங்கவீனம் என்பதை குறிப்பிடவும்
- V. ஈாபா ஸகிதல பௌனீனே கும்ன கால ஸீலாலக ஸீலத?
அங்கவீனம் ஏற்பட்டு எவ்வளவு காலம்?

(හාරකරු ආබාධ සහිත නම් පමණක් මෙහි සඳහන් කරන්න. රජයේ වෛද්‍ය නිලධාරියෙකුගෙන් ලබා ගත් වෛද්‍ය වාර්තාවේ මුල් පිටපතක් හෝ වෛද්‍ය වාර්තාවේ පිටපතක් අමුණා එවන්නේ නම් එය සමාජ සේවා නිලධාරී /සමාජ සංවර්ධන සහකාර /සංවර්ධන නිලධාරී විසින් සත්‍ය පිටපතක් බව සහතික කළ යුතුය.)

(பாதுகாவலர் அங்கவீனராகவிருப்பின் மாத்திரம் இதில் குறிப்பிடவும். மருத்துவ அறிக்கையின் பிரதியொன்றை இணைக்கவும். அரசு வைத்தியசாலையின் வைத்தியரிடமிருந்து பெற்ற மருத்துவ அறிக்கையின் மூலப்பிரதி அல்லது வைத்திய அறிக்கையின் பிரதி இணைப்பதாயின் சமூக சேவை உத்தியோகத்தர்சமூக அபிவிருத்தி உதவியாளர் / அபிவிருத்தி உதவியாளரினால் உறுதிப்படுத்தப்பட்டு பிரதி இணைக்கப்பட்டிருத்தல் வேண்டும்

ஓரளவு ஸ்தலம் கிடைத்து விட்டால் அதைப் பயன்படுத்தி உணவாகக் கொடுக்க முடியும் என்று நினைக்கிறேன். / மேற்குறிப்பிட்ட அனைத்து விடயங்களும் சரியானவை என்றும் உண்மையானவை என்றும் உறுதிப்படுத்துகிறேன்.

தேவிய / திகதி

தமிழ் / கையொப்பம்

..... හි පදිංචි
..... සිසුවා / සිසුවිය
ශ්‍රේණියේ/විශේෂ අධ්‍යාපන ඒකකයේ ඉගෙනුම ලබන බවට සහතික කරන අතර ඔහු / ඇය ට මෙම
අධ්‍යාපන ආධාරය ලබාදීමට සුදුසු බව නිර්දේශ කරමි. (අනවශ්‍ය වුවන කපා හරින්න)

(அதிபரின் இறப்பர் முத்தரை இடப்படல் வேண்டும்)

පදිංචි මහතා/ මහත්මිය මම පෞද්ගලිකව හඳුනා නි
 ඔහුගේ / ඇයගේ ආදායම රු. 6000/- කට අඩු / වැඩි බවත් මෙම දරුවා / මව / පියා
 ආබාධ සහිත අයෙකු බවටත් (ආබාධය කුමක් ද යන්න සඳහන්
 කරන්න) මෙම ආධාර මුදල මෙම දරුවාට ලබාදීමට සුදුසු බවත් මෙයින් නිර්දේශ කර සිටිමි.
 (අනවශ්‍ය වුවන කපා හරින්න)

..... என்ற இடத்தில்
வசிக்கின்ற திரு/திருமதி/செல்வி. அவர்களை நான் தனிப்பட்ட
வகையில் அறிவேன் எனவும் அவரின் மாதாந்த வருமானம் ரூபா.6000/- விடக் குறைவு / அதிகம் எனவும்
இச்சிறார் / தாய் / தந்தை அங்கவீனமான ஒருவர்
என்பதையும் (எவ்வகையான அங்கவீனம் என்பதை குறிப்பிடவும்) இவ்வுதவிப் பணத்தினை இச்சிறாருக்கு
வழங்குவது பொருத்தமெனவும் இத்தால் பரிந்துரைக்கின்றேன். (தேவையற்றவற்றை வெட்டி விடவும்)

(கிராம சேவையாளரின் இறப்பர் முத்திரை இடப்படல் வேண்டும்).

04. ஸமாச்ச சேவா நிர்வாகி / ஸமாச்ச ஸ்வீட்சித ஸககார/ ஸ்வீட்சித நிர்வாகி ஸே வார்தாவ
சமூகசேவை உத்தியோகத்தரின் அறிக்கை / சமூக அபிவிருத்தி உதவியாளர் / அபிவிருத்தி
உத்தியோகத்தர்

..... நி
படிவிமேம ஸிஸுவா/ ஸிஸுவிய அபிபாபாயமீலாஹி வன லூபின்
மேம ஸிஸுவா/ ஸிஸுவிய/ மவ/ பியா ஃபாபாபாயசேன் (ஃபாபாபாய
கூமக் ஃ யன்த ஸபுஹன் காரன்த) பசுலேன அகர மேம அபாயபன ஃபாபார மூடல மேம ஃரூவாப லூபிமப ஸுபுபு
வவ மேபின் நிர்வேக கர ஸிபிபி. (அதவஸ வவன கபா ஸரின்த)

..... ஸன்ற இடத்தில்
வசிக்கின்ற மாணவன்/மாணவி குறைந்த வருமானப்
பயனாளி ஸன்பதால் இம் மாணவன் / மாணவி/தாய் / தந்தை
அங்கவீனத்தினால் (ஸவ்வகையான அங்கவீனம் ஸன்பதை குறிப்பிடவும்) பாதிக்கப்பட்ட ஓருவர் ஸன்பதுடன்
இக்கல்வி உதவிப் பணம் இவருக்கு வழங்குவது பொருத்தமானது ஸன இத்தால் பரிந்துரை செய்கின்றேன்.
(தேவையற்றவற்றை வெட்டி விடவும்)

தம/ பெயர் :

.....
அந்ஸன / கையொப்பம்

ஃனய / திகதி:

(ஸமாச்ச சேவா நிர்வாகி / ஸமாச்ச ஸ்வீட்சித ஸககார/
ஸ்வீட்சித நிர்வாகி ஸே நிர்வாகி மூல வன்தன)

(ச.சே உ./ச.அ.உ./அ.உ.இறப்பர் முத்திரை இடப்படல் வேண்டும்)

05. பூடேகிய லேகமீஸே நிர்வேகய / பிரதேச செயலாளரின் பரிந்துரை

ஸமாச்ச சேவா நிர்வாகி / ஸமாச்ச ஸ்வீட்சித ஸககார / ஸ்வீட்சித நிர்வாகி ஸே வார்தாவ நிர்வாகி. ஸுபு / ஃய
அபி பாபாயமீலாஹியேகூ வவ நபபூர் வே. பிம நிபா மேம அபாயபன ஃபாபாரய லூபிமப ஸுபுபு வவ நிர்வேக
கரமீ.

சமூகசேவை உத்தியோகத்தர் / சமூக அபிவிருத்தி உதவியாளர் / அபிவிருத்தி உத்தியோகத்தரின் அறிக்கை
சரியானது ஸன்றும் அவர் குறைந்த வருமானம் பெறும் ஓருவர் ஸன்பதையும் உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.
ஆகையால் அவர் இக்கல்வி உதவியினைப் பெற்றுக்கொளவதற்கு பொருத்தமானவர் ஸனப்
பரிந்துரைக்கின்றேன்.

ஃனய / திகதி:

.....
அந்ஸன / கையொப்பம்

(பூடேகிய லேகமீஸே நிர்வாகி மூல வன்தன)

(பிரதேச செயலாளரின் இறப்பர் முத்திரை இடப்படல் வேண்டும்.)