



**കേരള സർക്കാർ
സാമൂഹ്യനീതി വകുപ്പ്**

**ലിംഗമാറ്റ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയരായ ട്രാൻസ്ജെൻഡർ വ്യക്തികൾക്ക് ധനസഹായം
അനുവദിക്കുന്നതിനുള്ള അപേക്ഷ**

(നിബന്ധനകൾ പൂർണ്ണമായും വായിച്ച ശേഷം അപേക്ഷ പൂരിപ്പിക്കുക)

1	അപേക്ഷകന്റെ പേര് (ഇംഗ്ലീഷിലും (വലിയ അക്ഷരത്തിൽ) മലയാളത്തിലും)	
2	മേൽ വിലാസം പിൻ കോഡ് സഹിതം	
3	മൊബൈൽ നം.	
4	പിതാവിന്റെ പേര്	
5	അപേക്ഷകന്റെ പ്രായം	
6	ട്രാൻസ്ജെൻഡർ ID Card No.	
7	ലിംഗമാറ്റ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയമായ ആശുപത്രിയുടെ പേരും പൂർണ്ണമായ മേൽ വിലാസവും	
8	ലിംഗമാറ്റ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് നേതൃത്വം നൽകിയ ഡോക്ടറുടെ പേര്	
9	ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ചെലവായ ആകെ തുക	
10	ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കായി ഇതിന് മുൻപ് ധനസഹായം ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ എത്ര?	
11	അപേക്ഷകന്റെ തൊഴിൽ, വാർഷിക വരുമാനം	
12	അപേക്ഷകന്റെ പേരിൽ ദേശസാൽകൃത ബാങ്കിൽ നിലവിലുള്ള സേവിംഗ് ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നം., IFS കോഡ്, ബാങ്കിന്റെ പേര്, ബ്രാഞ്ച്	

സ്ഥലം:

തീയതി:

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ്:

പേര്:

മാർഗ്ഗ നിർദ്ദേശങ്ങൾ

1. നിശ്ചിത മാതൃകയിലുള്ള അപേക്ഷ പൂർണ്ണമായും പൂരിപ്പിച്ചിരിക്കണം.
2. അപേക്ഷകന് വകുപ്പ് നൽകുന്ന TG ID കാർഡ്, മേൽ വിലാസം തെളിയിക്കുന്നതിനുള്ള രേഖ (വോട്ടേഴ്സ് ID/ആധാർ) എന്നിവയുടെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പുകൾ.
3. ലിംഗമാറ്റ ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ചികിത്സാ റിപ്പോർട്ട്, ഡോക്ടറുടെ സാക്ഷ്യപത്രം, ചെലവായ തുക സംബന്ധിച്ച ബില്ലുകളുടെ പകർപ്പുകൾ മുതലായവ.
4. ലിംഗമാറ്റത്തിനായുള്ള ആദ്യഘട്ട ശസ്ത്രക്രിയ/എല്ലാ ഘട്ടങ്ങളും പൂർത്തീകരിച്ചവർ എന്നിവർക്ക് അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കാവുന്നതാണ്.
5. പ്രായ പരിധി 18 വയസ്സ് പൂർത്തിയായിരിക്കണം.
6. ബാങ്ക് പാസ്സ് ബുക്കിന്റെ ആദ്യ പേജിന്റെ പകർപ്പ് ഹാജരാക്കണം.
7. അപേക്ഷകന്റെ ഡിക്ലറേഷൻ (മാതൃക ഉള്ളടക്കം ചെയ്യുന്നു).

പ്രസ്താവന

ഞാൻ -----

----- (പേരും, അഡ്രസ്സും) ലിംഗമാറ്റ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയമായ വ്യക്തിയാണെന്നും ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വേണ്ടി ഇതിനു മുൻപ് സർക്കാരിൽ നിന്നും-----
-----രൂപ ധനസഹായമായി കൈപ്പറ്റിയിട്ടുണ്ട് / ഇതിനു മുൻപ് സർക്കാരിൽ നിന്നും യാതൊരു വിധ ധനസഹായവും കൈപ്പറ്റിയിട്ടില്ല എന്നും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

സ്ഥലം:

ഒപ്പ്:

തീയതി:

പേര്:

അഡ്രസ്സ്: