

6871
16/6/15



കേരള സർക്കാർ
സംഗ്രഹം

സാമൂഹ്യനീതി വകുപ്പ് - കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ എച്ച്.ഐ.വി/എയിഡ്സ് ബാധിതരായ കുട്ടികളെ സ്നേഹപൂർവ്വം പദ്ധതിയിൽ ഉൾപ്പെടുത്തി ഉത്തരവ് പുറപ്പെടുവിക്കുന്നു.

സാമൂഹ്യനീതി (സി) വകുപ്പ്

സ.ഉ.(എം.എസ്) നം.37/2015/സാനീവ തിരുവനന്തപുരം, തീയതി, 08.06.2015

- പരാമർശം
- (1) സ.ഉ (എം.എസ്) നം.36/2012/സാക്ഷേവ തീയതി 06.06.2012
 - (2) സ.ഉ (എം.എസ്) നം.83/2014/സാനീവ തീയതി 10.10.2014
 - (3) സ.ഉ (എം.എസ്) നം.06/2013/സാനീവ തീയതി 22.01.2013
 - (4) കേരള സോഷ്യൽ സെക്യൂരിറ്റി മിഷൻ എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടറുടെ 19.01.2015 ലെ പി3/2288//13/കെ.എസ്.എസ്.എം. നമ്പർ കത്ത്

ഉത്തരവ്

സംസ്ഥാനത്ത് എച്ച്.ഐ.വി/എയിഡ്സ് ബാധിതരായ കുട്ടികളെക്കൂടി കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ മുഖേന നടപ്പിലാക്കിവരുന്ന സ്നേഹപൂർവ്വം പദ്ധതിയിൽ ഉൾപ്പെടുത്തി ഉത്തരവ് പുറപ്പെടുവിക്കുന്നു. പദ്ധതി മാനദണ്ഡങ്ങൾ അനുബന്ധമായി ചേർക്കുന്നു.

ഗവർണ്ണറുടെ ഉത്തരവിൻ പ്രകാരം
എ. ഷാജഹാൻ
സ്പെഷ്യൽ സെക്രട്ടറി

സാമൂഹ്യനീതി വകുപ്പ് ഡയറക്ടർ, തിരുവനന്തപുരം
എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ, കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ, തിരുവനന്തപുരം
അക്കൗണ്ടന്റ് ജനറൽ (ഓഡിറ്റ്/എ&ഇ), കേരള, തിരുവനന്തപുരം
ധനകാര്യ വകുപ്പ്
ആരോഗ്യ കുടുംബക്ഷേമ വകുപ്പ്
ഡയറക്ടർ, കേരള സംസ്ഥാന എയിഡ്സ് കൺട്രോൾ സൊസൈറ്റി, തിരുവനന്തപുരം
ഇൻഫർമേഷൻ ഓഫീസർ, വെബ് & ന്യൂ മീഡിയ വിഭാഗം (വെബ് സൈറ്റിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിന്)
കരുതൽ ഫയൽ/ഓഫീസ് കോപ്പി

ഉത്തരവിൻ പ്രകാരം

സെക്ഷൻ ഓഫീസർ

h

സ്നേഹപൂർവ്വം പദ്ധതി (സ്പെഷ്യൽ)

ആമുഖം :

വിവിധ സാഹചര്യങ്ങളാൽ ജീവിതം പ്രതിസന്ധിയിലായ കുട്ടികളുടെ ഭാവി സുരക്ഷിതമാക്കുന്നതിനായി വിദ്യാഭ്യാസ സാമ്പത്തിക സഹായം നൽകുന്ന പദ്ധതിയാണ് സ്നേഹപൂർവ്വം. എയ്ഡ്സ് ബാധിതരായി എ.ആർ.റ്റി സെന്ററിൽ ചികിത്സ സ്വീകരിക്കുന്ന കുട്ടികൾ സാമൂഹികമായും സാമ്പത്തികമായും പിന്നോക്കം നിൽക്കുകയും സമൂഹത്തിൽ ഒറ്റപ്പെടൽ അനുഭവിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. ആയതിനാൽ അനാഥ കുട്ടികൾക്കായുള്ള സ്നേഹപൂർവ്വം പദ്ധതിയിൽ ഒരു പ്രത്യേക വിഭാഗമായി ഇത്തരം കുട്ടികളെ ഉൾപ്പെടുത്തേണ്ടത് അത്യാവശ്യമാണ്.

മാനദണ്ഡങ്ങൾ :

- കുട്ടികൾ എച്ച്.ഐ.വി രോഗബാധിതരായി സർക്കാർ എ.ആർ.റ്റി സെന്ററുകളിൽ നിന്നും റിട്രോവൈറൽ തെറാപ്പി എടുക്കുന്നവരായിരിക്കണം.
- കുട്ടികൾ 0-21 വയസ്സുവരെ പ്രായമുള്ളവരായിരിക്കണം.
- എ.ആർ.റ്റി ക്ലിനിക്കിലെ കൗൺസലർ നൽകേണ്ട സാമൂഹിക സാമ്പത്തിക വിശകലന റിപ്പോർട്ട് ലഭ്യമാക്കണം.
- സർക്കാരിന്റെ മറ്റ് ആനുകൂല്യങ്ങളോ സ്കോളർഷിപ്പോ ലഭിക്കുന്ന കുട്ടികൾക്കും ഈ പദ്ധതി ധനസഹായത്തിനുവേണ്ടി അപേക്ഷിക്കാവുന്നതാണ്.
- എല്ലാ വർഷവും ജൂൺ/ജനുവരി മാസം എച്ച്.ഐ.വി ബാധിതരായ കുട്ടികൾ ചികിത്സ തുടരുന്നതല്ലെന്നുള്ള സർക്കാർ എ.ആർ.റ്റി സെന്ററിൽ നിന്നുള്ള സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഹാജരാക്കണം.
- കുട്ടികൾക്ക് 21 വയസ്സുവരെ അല്ലെങ്കിൽ കോളേജ്/ പ്രൊഫഷണൽ വിദ്യാഭ്യാസം പൂർത്തിയാകുന്നതു വരെ ധനസഹായത്തിന് അർഹതയുണ്ടായിരിക്കുന്നതാണ്
- കുട്ടികൾ സർക്കാർ/എയ്ഡ്സ് വിദ്യാഭ്യാസ സ്ഥാപനത്തിൽ പഠിക്കുന്നവരായിരിക്കണം

അപേക്ഷിക്കേണ്ട വിധം :

- നിശ്ചിത മാതൃകയിലുള്ള അപേക്ഷ പൂരിപ്പിച്ച് ബന്ധപ്പെട്ട രേഖകൾ സഹിതം എയ്ഡ്സ് കൺസ്ട്രോൾ സൊസൈറ്റിക്ക് സമർപ്പിക്കണം.
- സർക്കാർ അംഗീകൃത എ.ആർ.റ്റി സെന്ററുകളിൽ നിന്നുള്ള നിശ്ചിത മാതൃകയിലെ മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഹാജരാക്കിയിരിക്കണം.
- അപേക്ഷയോടൊപ്പം കുട്ടിയുടെയും രക്ഷിതാവിന്റെയും പേരിൽ ഏതെങ്കിലും നാഷണലൈസ്ഡ് ബാങ്കിൽ ജോയിന്റ് അക്കൗണ്ട് ആരംഭിച്ച് പാസ്സ് ബുക്കിന്റെ ആദ്യപേജിന്റെ കോപ്പി അപേക്ഷയോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. അപേക്ഷാ ഫോറത്തിലെ നിശ്ചിത കോളത്തിൽ ഇതു സംബന്ധിച്ച വിശദാംശം രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടതുമാണ്.

- കുട്ടിയുടെ ജനന സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ് അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഹാജരാക്കിയിരിക്കണം
- ആധാർ കാർഡിന്റെ /ആധാർ രജിസ്ട്രേഷൻ സ്ലിപ്പിന്റെ പകർപ്പ് അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഹാജരാക്കിയിരിക്കണം
- പൂർണ്ണമായ അപേക്ഷകൾ എയ്ഡ്സ് കൺട്രോൾ സൊസൈറ്റി മേൽ നടപടികൾക്കായി സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ കൈമാറേണ്ടതാണ്.

സാമ്പത്തിക സഹായം :

അർഹരായവർക്ക് ചുവടെപ്പറയുന്ന നിരക്കിൽ പ്രതിമാസധനസഹായം അനുവദിക്കുന്നതാണ്.

- 0-10 വയസ്സുവരെ അഥവാ 5-ാം ക്ലാസ്സുവരെ പഠിക്കുന്ന കുട്ടികൾക്ക് പ്രതിമാസം 300/- രൂപ.
- 10 വയസ്സിനു മുകളിൽ 15 വയസ്സുവരെ അഥവാ 6 മുതൽ 10-ാം ക്ലാസ്സുവരെ പഠിക്കുന്ന കുട്ടികൾക്ക് പ്രതിമാസം 500/- രൂപ.
- 15 വയസ്സിനു മുകളിൽ 17 വയസ്സുവരെ അഥവാ +1, +2 ക്ലാസ്സുവരെ പഠിക്കുന്ന കുട്ടികൾക്ക് പ്രതിമാസം 750/- രൂപ.
- 17 വയസ്സിനു മുകളിൽ 21 വയസ്സുവരെ അഥവാ ഡിഗ്രി/ പ്രൊഫഷണൽ കോഴ്സുകളിൽ പഠിക്കുന്ന കുട്ടികൾക്ക് പ്രതിമാസം 1000/- രൂപ.
- മേൽപറഞ്ഞ നിരക്കിലുള്ള ധനസഹായം വർഷത്തിൽ എല്ലാ മാസവും ലഭിക്കുന്നതാണ്.

രജി നമ്പർ :

കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ

സ്നേഹപൂർവ്വം പദ്ധതി (സ്പെഷ്യൽ)

(നിബന്ധനകൾ പൂർണ്ണമായും വായിച്ചശേഷം അപേക്ഷ പൂരിപ്പിക്കുക)

1. കുട്ടിയുടെ/വിദ്യാർത്ഥിയുടെ പേര് :
(മലയാളത്തിൽ)

കുട്ടിയുടെ/വിദ്യാർത്ഥിയുടെ പേര് :
ഇംഗ്ലീഷിൽ (വലിയ അക്ഷരത്തിൽ)

2. കുട്ടി എ.ആർ.റ്റി ക്ലിനിക്കിൽ രജിസ്റ്റർ ചെയ്തിട്ടുണ്ട് : (ഉണ്ട്/ഇല്ല)

3. ആൺ/പെൺ :

4. മേൽവിലാസം പിൻകോഡ് സഹിതം :
മൊബൈൽ നമ്പർ :

5. തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനത്തിന്റെ പേരും :
റവന്യൂ ജില്ലയും

6. അച്ഛന്റെ പേര് :

7. അമ്മയുടെ പേര് :

8. വിദ്യാർത്ഥിയുടെ ജനനതീയതിയും വയസ്സും :
(ജനനസർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ :
കോപ്പി ചേർക്കണം)

9. സ്കൂൾ/ കോളേജിൽ പഠിക്കുന്നവരാണെങ്കിൽ

(എ). പഠിക്കുന്ന സ്കൂളിന്റെ/ കോളേജിന്റെ :
പൂർണ്ണമായ പേര് (സ്ഥലം ഉൾപ്പെടെ)

(ബി). സ്കൂളിന്റെ സ്വഭാവം :
(ഗവ/എയ്ഡഡ്/അൺ എയ്ഡഡ്)

(സി). പഠിക്കുന്ന ക്ലാസ്സ് :

(ഡി). സ്കൂൾ /കോളേജ് ഏത് ജില്ലയിൽപ്പെടുന്നു. :

10. (എ). വിദ്യാർത്ഥിയുടെയും രക്ഷകർത്താവിന്റെയും :-
 പേരിൽ ദേശസാൽകൃതബാങ്കിൽ ആരംഭിച്ചിട്ടുള്ള
 സേവിംഗ്സ് ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ
 (ജോയിന്റ് അക്കൗണ്ട്)
 (പാസ്സ്പോർട്ടിന്റെ ഒന്നാംപേജിന്റെ ഫോട്ടോകോപ്പി
 ചേർക്കണം)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(ബി). അക്കൗണ്ട് ആരംഭിച്ചിട്ടുള്ള വ്യക്തികളുടെ പേര് :- (1).
 (2).

(സി). ബാങ്കിന്റെ പേര് :-

(ഡി). ബ്രാഞ്ച് :-

(ഇ). ഐ.എഫ്.എസ്.സി നമ്പർ :-

(എഫ്). ആധാർ കാർഡ് നമ്പർ :-

വിദ്യാർത്ഥിയുടെ പേര് :

വിരലടയാളം /ഒപ്പ്

സത്യപ്രസ്താവന

മുകളിൽ പറഞ്ഞ വിവരങ്ങൾ എന്റെ പൂർണ്ണ ബോധ്യത്തിലും ഉത്തമ വിശ്വാസത്തിലും ശരിയും സത്യവുമാണെന്ന് ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. എന്ന കുട്ടി എന്റെ പൂർണ്ണ സംരക്ഷണയിലാണെന്നും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

ഒപ്പ് :

പേര് :

ബന്ധം :

(അച്ഛൻ/അമ്മ/രക്ഷകർത്താവ്)

15 വയസ്സിനു മുകളിൽ പ്രായമുള്ള കുട്ടികൾ ഒപ്പിട്ട് നൽകുന്ന പ്രസ്താവന

മേൽ പ്രസ്താവിച്ച കാര്യങ്ങൾ എന്റെ പൂർണ്ണ ബോധ്യത്തിലും ഉത്തമ വിശ്വാസത്തിലും ശരിയും സത്യവുമാണെന്ന് ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. വ്യക്തിയുടെ പൂർണ്ണസംരക്ഷണയിലാണെന്നും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

ഒപ്പ് :

പേര് :

എ.ആർ.റ്റി ക്ലിനിക്കിൽ നിന്നുള്ള സാക്ഷ്യപത്രം

മാസ്റ്റർ/കുമാരി..... (മേൽവിലാസം)
.....

എന്ന കുട്ടി എ.ആർ.റ്റി സെന്ററിൽ നിന്നും..... (തീയതി) മുതൽ ആന്റി റിട്രോ വൈറൽ തെറാപ്പി സ്വീകരിക്കുന്ന വ്യക്തിയാണെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. ടിയാൻ/ടിയാൾക്ക് ആന്റി റിട്രോ വൈറൽ തെറാപ്പി തുടരുന്നുണ്ടെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

ഒപ്പ് :

സ്ഥലം :

ഡോക്ടറുടെ പേര് :

തീയതി :

തസ്തിക :

രജിസ്റ്റർ നമ്പർ :

ഓഫീസ് മുദ്ര

എ.ആർ.റ്റി ക്ലിനിക്കിലെ കൗൺസലർ നൽകേണ്ട സാമൂഹിക സാമ്പത്തിക വിശകലന റിപ്പോർട്ട്

മാസ്റ്റർ/കുമാരി(വയസ്സ്) (മേൽവിലാസം)

എന്ന കുട്ടി..... എ.ആർ.റ്റി സെന്ററിൽ നിന്നും..... (തീയതി) മുതൽ ആന്റി റിട്രോ വൈറൽ തെറാപ്പി സ്വീകരിക്കുന്ന വ്യക്തിയാണെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു..... എന്ന കുട്ടി സകുൾ / കോളേജിൽ ക്ലാസിൽ പഠിക്കുന്ന വിദ്യാർത്ഥിയാണ്. കുട്ടിയുടെ അച്ഛൻ / അമ്മ ജോലി ചെയ്യുന്ന / ചെയ്തിരുന്ന വ്യക്തിയാണ്. ടി കുടുംബം സാമ്പത്തികമായും സാമൂഹികമായും പിന്നോക്കമാണെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷന്റെ സ്നേഹപൂർവ്വം പദ്ധതിക്ക് കുട്ടിക്ക് അർഹതയുണ്ടെന്നും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

ഒപ്പ് :

സ്ഥലം :

ഡോക്ടറുടെപേര് :

തീയതി :

തസ്തിക :

രജിസ്റ്റർ നമ്പർ :

ഓഫീസ് മുദ്ര

അപേക്ഷയിൻമേലുള്ള തീരുമാനം

..... ന്റെ അപേക്ഷയും അനുബന്ധരേഖകളും പരിശോധിച്ചതിൽ ക്ലാസ്സിൽ പഠിക്കുന്ന കുട്ടിക്ക് ഈ അദ്ധ്യായന വർഷം പ്രതിമാസം രൂപയുടെ ധനസഹായത്തിന് അർഹതയുണ്ട്. വരും വർഷങ്ങളിൽ പഠനം തുടരുന്നുണ്ടെങ്കിൽ പഠിക്കുന്ന ക്ലാസ്സ് അനുസരിച്ചുള്ള തുകയ്ക്കും അർഹനാണ്. പ്രസ്തുത തുക അനുവദിക്കുന്നു.

എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ
കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ