

2026 பாதீட்டு திட்ட முன்மொழிவுகளின் கீழ் குறைந்த வருமானம் கொண்ட குடும்பங்களைச் சேர்ந்த மாற்றுத்திறனாளி மாணவர்களுக்கு உதவித்தொகை வழங்குதல்

அடிப்படை தகவல்கள் - (அதிபராலேயே பூர்த்திசெய்யப்பட வேண்டும்)

1. மாகாணம் :-
2. கல்வி அலுவலகம் :-
3. கல்விக் கோட்டம் :-
4. பாடசாலையின் பெயர்:-
5. தொலைபேசி இலக்கம் :-
6. புள்ளிவிபர கணக்கெடுப்பு இலக்கம்:-
7. அதிபரின் பெயர்:-
8. தொலைபேசி எண் :-
9. பாடசாலை வகை :-
10. பாடசாலையின் மின்னஞ்சல் முகவரி :-

மாணவர் தகவல்கள் - (அதிபராலேயே பூர்த்திசெய்யப்பட வேண்டும்)

1. மாணவரின் பெயர் :- (முதலெழுத்துக்களுடன் பெயர்)
2. பால்நிலை :-
3. பிறந்த திகதி :-
4. சேர்க்கை எண் :-
5. 2026.01.01 ஆம் திகதிக்கு வயது :-
6. கல்விபெறும் தரம் / விசேட கல்வி அலகு :-
7. இந்த மாணவரின் பாடசாலை வருகை:- (உரிய கட்டத்தில் \sqrt குறியிடவும்)
தினந்தோறும் வருவார்
விட்டு விட்டு வருவார்

அதிபரின் பரிந்துரை:- மேற்கண்ட தகவல்கள் உண்மை மற்றும் சரியானவை என சான்றளிக்கிறேன்.

ஒப்பம்
(பதவி முத்திரை)

திகதி

குடும்ப தகவல்கள் :- (கிராம அலுவலரினாலேயே பூர்த்திசெய்யப்பட வேண்டும்)

(உரிய கட்டத்திற்குள் $\sqrt{\text{குறியிடவும்}}$)

1. தாயார் உயிருடன் இருக்கிறார் இல்லை
2. தாயார் உயிருடன் இருப்பாரெனில் தாயாரின் தொழில்:-
3. தந்தை உயிருடன் இருக்கிறார் இல்லை
4. தந்தை உயிருடன் இருப்பாரெனில் தந்தையின் தொழில்:-
5. தாய் தந்தை இருவரும் சட்டபூர்வதாக பிரிந்துள்ளனர் இல்லை
6. குடும்பத்தின் மாதாந்த வருமானம் :- ரூ. (2026.01.01 ஆம் திகதிக்குரியவாறு)
7. குடும்ப உறுப்பினர்களின் எண்ணிக்கை (தாய், தந்தை உட்பட,) :-
8. ஒரு உறுப்பினருக்காக

| |
|--|
| மாதாந்த வருமானம் |
| மாதாந்தம் ஒதுக்கப்படும் தொகை : குடும்ப உறுப்பினர்களின் எண்ணிக்கை |

 ரூ.
9. பாடசாலை செல்லும் குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை :-
10. இந்த குழந்தையை தவிர குடும்பத்தில் உள்ள மாற்றுத்திறனாலி குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை.....
11. வயது 4-16 இடையில் பாடசாலை செல்லாத மாற்றுத்திறனாலி குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை.....
12. நீங்கள் ஈட்டும் வேறு நிதியுதவிகள் / மாணவர் நிதி :-
.....
.....

மேற்படி தகவல்கள் சரியாவை என சான்றளிக்கிறேன்.

பிராம அலுவலரின் ஒப்பம்

திகதி

(பதவி முத்திரை)

அனுமதிக்கிறேன்..

பிரதேச செயலாளரின் ஒப்பம்

திகதி

(பதவி முத்திரை)

மருத்துவரின் பரிந்துரை :- (விசேடக் கல்வித் தேவை / உடல் நலமின்மை)
(முரத்துவராலேயே பூர்த்தி செய்யப்பட வேண்டும்).

நிலவும் குறைபாடு / இயலாமை / இயலாமை நிலையில் தீவிரத்தை தெளிவாக கூறுங்கள்

1. மருத்துவ உதவிக்காக பங்கேற்றும் விதம் :- கிழமைக்கு ஒருநாள் / இரண்டு கிழமைக்கு ஒருமுறை / மாதாந்தம் / இரண்டு மாதங்களுக்கு ஒருமுறை /

மூன்று மாதங்களுக்கு / 06 மாதங்களுக்கு ஒருமுறை / வருடாந்தம்

2. மாதாந்தம் மருத்துவம் தொடர்பாக பங்கேற்றல் அல்லது மருந்துகளுக்காக செலவிடும் தொகை: ரூ.
(அண்ணளவாக)

மருத்துவரின் கையொப்பம்
(பதவி முத்திரை)

திகதி

முறைசாரா மற்றும் விசேடக் கல்விப் பணிப்பாளர்,

இந்த விண்ணப்படிவம் முன்நடவடிக்கைகளுக்காக முன்னிலைப்படுத்துகிறேன்

அதிபரின் கையொப்பம்

திகதி

பதவி முத்திரை)