

കേരളാ സ്റ്റേറ്റ് റോഡ് ട്രാൻസ്പോർട്ട് കോർപ്പറേഷൻ

ബുദ്ധിമാന്ദ്യമുള്ളവർക്ക് പാസ് ലഭിക്കുന്നതിനുള്ള അപേക്ഷാ ഫാറം

- (A) 1. അപേക്ഷകന്റെ പൂർണ്ണമായ പേര് :
(പാസ് ആവശ്യമുള്ള ആൾ)
2. വയസും ജനനതീയതിയും :
3. പുരുഷനോ / സ്ത്രീയോ :
4. പൂർണ്ണമായ മേൽവിലാസം :
5. താമസസ്ഥലത്തിന്റെ അടുത്തുള്ള ബസ് സ്റ്റോപ്പ് (പേര്) :
6. തൊഴിൽ :
7. ഉദ്യോഗമുള്ളവരാണെങ്കിൽ അവരുടെ ഔദ്യോഗിക മേൽവിലാസം :
8. അപേക്ഷകന്റെ താമസസ്ഥലത്തിനടുത്തുള്ള കെ.എസ്.ആർ.ടി.സി. ഓഫീസ് :
(ഡി.ടി.ഒ./എ.ടി.ഒ. ഓഫീസ് :
9. വാർഷിക വരുമാനം :
-

സത്യപ്രസ്താവന

കെ.എസ്.ആർ.ടി.സി. ബസിൽ സൗജന്യയാത്രയ്ക്കായി അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കുന്ന നെ സംബന്ധിച്ച് മേൽകാണിച്ച വിവരങ്ങൾ സത്യമാണ്. ഇവ തെറ്റാണെന്ന് ബോധ്യപ്പെടുന്ന പക്ഷം അപേക്ഷകന് അനുവദിച്ചിട്ടുള്ള പാസ് യാതൊരു മുന്നറിയിപ്പും കൂടാതെ റദ്ദാക്കാൻ കെ.എസ്.ആർ.ടി.സി യ്ക്ക് പൂർണ്ണമായ അധികാരമുണ്ടെന്ന് രക്ഷകർത്താവായ ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

സ്ഥലം : ഒപ്പ് :
തീയതി : പേര് :

(രക്ഷകർത്താവിന്റെ പേര്)
പൂർണ്ണമായ മേൽവിലാസം

ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം

യൂണിറ്റാഫീസറുടെ ശുപാർശയും അപേക്ഷകന്റെ അംഗവൈകല്യവും വ്യക്തമാക്കുന്ന വിശദമായ അഭിപ്രായവും

എ.ടി.ഒ./ഡി.ടി.ഒ.

- കുറിപ്പ് 1. ബുദ്ധിമാന്ദ്യമുള്ളവർക്ക് 50% ത്തിൽ കുറയാത്ത വൈകല്യം ഉണ്ടായിരിക്കണം.
2. സർക്കാർ ആശുപത്രിയിലെ സൈക്യാട്രി / ന്യൂറോളജി എന്നീ ഏതെങ്കിലും വിഭാഗങ്ങളിലെ അസി.സർജന്റെ റാങ്കിൽ കുറയാത്ത ഡോക്ടറുടെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് മറുപുറത്തുള്ള ഫോമിൽ ആശുപത്രി മേധാവി സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്.
3. സിറ്റി, ഓർഡിനറി, സിറ്റി ഫാസ്റ്റ് എന്നീ സർവ്വീസ് - ബസുകളിൽ സംസ്ഥാനത്തിനകത്ത് താമസസ്ഥലം മുതൽ 40 കി.മീ ദൂരം വരെ മാത്രമേ യാത്രാസൗജന്യം അനുവദിക്കുകയുള്ളൂ.
4. നിലവിലുള്ള യാത്രാനിരക്കിന്റെ 50% സൗജന്യം അനുവദിക്കുന്നതാണ്.
5. പാസ് പോർട്ട് സൈസ് ഫോട്ടോഗ്രാഫ് അപേക്ഷാഫാറത്തിൽ പതിച്ച് ഡോക്ടർ അറ്റസ്റ്റ് ചെയ്യേണ്ടതാണ്.

MEDICAL CERTIFICATE / DISABILITY CERTIFICATE

Certified that I have examined Sri. / Smt./ Kum.....
..... whose photograph is affixed and
found that he / she is
.....
and also.

I Certify that he / she is Mentally Retarded to the extent of Permanent disability upto
..... %

- Identification Marks
- 1.
 - 2.

Dr.



Affix Office Seal on the
Photograph

Countersigned by
Supdt. of the Institute

Name of Hospital

Date
Place