



**தமிழ்நாடு அரசு
குடும்ப நலத் துறை
சென்னை**

**குடும்ப நல அறுவை சிகிச்சை / மறு அறுவை சிகிச்சை செய்து கொள்ள தகவல் பெற்று
ஒப்புதல் அளிக்கும் விண்ணப்பப் படிவம்**

விண்ணப்பதாரர் குறித்த தகவல்கள்

1	அறுவை சிகிச்சை ஏற்போரின் பெயர்	
2	கணவர் / மனைவி பெயர்	
3	முகவரி	
4	தந்தையின் பெயர்	
5	முகவரி	
6	மதம்	
7	வகுப்பு	(ஆதி திராவிட வகுப்பினர் / பழங்குடி இனத்தவர் / மற்ற வகுப்பினர்)
8	கல்வித் தகுதி	கணவர்: மனைவி:
9	வியாபாரம் / தொழில்	கணவர்: மனைவி:
10	ஆண்டு வருமானம்	ரூ.
11	குழந்தைகளின் பெயரும், வயதும்	1. 2. 3.
12	அங்க அடையாளங்கள்	1. 2.
13	அறுவை சிகிச்சை நடைபெறும் நிலையம்	
14	அறுவை சிகிச்சை நடைபெறும் தேதி	
15	குடும்ப நல அறுவை சிகிச்சை முறை	

திருமதி / திரு என்கின்ற நான் குடும்ப நல அறுவை சிகிச்சை செய்து கொள்ள சம்மதிக்கிறேன். நான் திருமணமானவர். எனது கணவர் / மனைவி உயிருடன் உள்ளார். எனது வயது.....ஆகும். எனது கணவரின்/ மனைவியின் வயது.....ஆகும். எங்களுக்கு.....ஆண் குழந்தைகளும்.....பெண் குழந்தைகளும் உள்ளனர். எனது கடைசி குழந்தையின் வயது.....ஆகும்.

இனப்பெருக்கத்தின் மீதுள்ள என்னுடைய உரிமைகளை விட்டுக் கொடுக்காமல், குடும்ப நல அறுவை சிகிச்சை முறையை மேற்கொள்ள முடிவு எடுக்க முடியும் என்று எனக்குத் தெரியும்.

(1) மற்றவர்கள் வற்புறுத்தல் மற்றும் தூண்டுதல் இல்லாமல் அறுவை சிகிச்சை செய்துகொள்ள தன்னிச்சையாக நான் முடிவெடுத்துள்ளேன். எனது கணவருக்கு / மனைவிக்கு இதற்கு முன்னர் குடும்ப நல அறுவை சிகிச்சை செய்யப்படவில்லை என்று நான் உறுதி கூறுகிறேன் (ஏற்கனவே, குடும்ப நல அறுவை சிகிச்சை மேற்கொண்டு அது தோல்வியுற்று மீண்டும் குடும்ப நல அறுவை சிகிச்சை மேற்கொள்பவர்களுக்கு இது பொருந்தாது).

(2) மற்ற குடும்ப நல கருத்தடை முறைகள் உள்ளன என்பதை நான் அறிவேன். இந்த அறுவை சிகிச்சை நிரந்தரமானது என்பதும் எனக்குத் தெரியும். மேலும், இந்த அறுவை சிகிச்சை சில சமயங்களில் தோல்வியடைய வாய்ப்புள்ளது என்பதையும் நான் அறிவேன். இதற்காக அறுவை சிகிச்சை செய்த மருத்துவரையோ அல்லது அறுவை சிகிச்சை நடைபெற்ற மருத்துவமனையையோ, நானோ, எனது உறவினர்களோ அல்லது வேறு எவருமோ பொறுப்பாக்கமாட்டார்கள் என்று நான் உறுதியளிக்கிறேன்.

(3) நான் செய்து கொள்ளப்போகும் இந்த அறுவை சிகிச்சையில் ஓரளவு ஆபத்து உண்டு என்பதை நான் அறிவேன்.

(4) அறுவை சிகிச்சை செய்து கொள்வதற்கான தகுதி முறைகள் பற்றி எனக்கு விளக்கிக் கூறப்பட்டது. அந்த தகுதிகள் அனைத்தும் எனக்கு உள்ளன என்று உறுதி செய்கிறேன்.

(5) மருத்துவர் எனது உடல் நிலைக்கு சரி என நிர்ணயிக்கும் எந்த விதமான மயக்க மருந்து முறையையும், மற்றும் கொடுக்கப்படும் மருந்துகளையும் நான் ஏற்றுக் கொண்டு அறுவை சிகிச்சைக்கு சம்மதிக்கிறேன்.

(6) குடும்ப நல அறுவை சிகிச்சைக்குப் பின்னர் எனக்கு / என் மனைவிக்கு மாதவிலக்கு வராமல் தவறிப்போனால் இது குறித்து இரண்டு வாரங்களுக்குள் மருத்துவரிடம் / மருத்துவ நிலையத்தில் நேரில் வந்து தெரிவிப்பேன். இவ்வச மருத்துவ கருச்சிதைவு செய்துகொள்வேன்.

(7) குடும்ப நல அறுவை சிகிச்சையினால் ஏற்படும் சிக்கல்கள் / அறுவை சிகிச்சை தோல்வி உட்பட ஏற்படும் நிகழ்வில் இந்திய அரசின் குடும்ப நல காப்பீட்டுத் திட்டத்தின்கீழ் நடைமுறையில் உள்ள விதிகளின்படி வழங்கப்படும் இழப்பீட்டுத் தொகையை முழுமையான, இறுதியான தீர்வாக ஏற்றுக்கொள்வேன்.

(8) குடும்ப நல அறுவை சிகிச்சை தோல்வியுற்று அதன் காரணமாக நான் / எனது மனைவி கருவுற்றால், அவ்வாறு கருவுற்ற இரண்டு வாரங்களுக்குள் என்னால் கருச்சிதைவு செய்ய முடியாமல் போனால், இந்திய அரசின் குடும்பநல காப்பீட்டுத் திட்டத்தின்கீழ் வழங்கப்படும் இழப்பீட்டுத் தொகைக்கும் அதிகமாக அறுவை சிகிச்சை தோல்வியுற்றதற்கோ அல்லது கருவிலிருக்கும் குழந்தையின் வளர்ப்புச் செலவுக்காகவோ, எந்த ஒரு நீதி மன்றத்தின் மூலமாகவும், இழப்பீட்டுத் தொகை கோரமாட்டேன் என்றும் உறுதியளிக்கிறேன்.

(9) நான் அறுவைச் சிகிச்சை செய்து கொண்ட பின் அறிவுரையின்படி தொடர் சிகிச்சைக்காக மருத்துவ நிலையம் / மருத்துவரிடம் வர சம்மதிக்கிறேன். தவறும்பட்சத்தில் அதனால் ஏற்படும் பின் விளைவுகளுக்கு நானே பொறுப்பாவேன்.

(10) ஆண் அறுவைச் சிகிச்சை செய்து கொண்டால் அது குடும்ப நல அறுவைச் சிகிச்சை செய்ததற்கான உடனடி நிவாரணமாக இருக்காது என்று எனக்குத் தெரியும். இந்த அறுவை சிகிச்சை வெற்றி அடைந்துள்ளதா என உறுதி செய்ய அறுவை சிகிச்சை மேற்கொண்ட 3 மாதங்களுக்குள் விந்து பரிசோதனை செய்து கொள்ள வருவேன் என்று உறுதியளிக்கிறேன். தவறும்பட்சத்தில் ஏற்படும் ஏதேனும் பின் விளைவுகளுக்கு நானே பொறுப்பாவேன். (இந்த விவரம் ஆண் அறுவை சிகிச்சைக்கு மட்டும் பொருந்தும்).

மேற்கண்ட தகவல்கள் படித்து காண்பிக்கப்பட்டு எனது தாய் மொழியில் விளக்கிக் கூறப்பட்டது. மேலும் இந்த படிவம் ஒரு சீட்டபூர்வமான ஆவணம் என்றும் எனக்கு விளக்கிக் கூறப்பட்டது.

சாட்சி / ஊக்குவிப்பாளர் கையொப்பம்.

(முழு பெயர், விலாசத்துடன்)

(* இது எழுதப் படிக்கத் தெரியாத பயனாளிகளுக்கு மட்டும் பொருந்தும்)

அறுவை சிகிச்சை செய்து கொள்பவரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம் / * இடது கை பெருவிரல் ரேகை.

அறுவைச் சிகிச்சை செய்து கொள்பவர் படிக்கத் தெரியாமலிருந்து மேற்கண்ட தகவல்கள் அவருக்குப் படித்து விளக்கப்பட்டிருப்பின் கீழ்க்கண்ட சான்று தரப்பட வேண்டும்.

திருமதி/திரு.....என்பவருக்கு மேற்கண்ட ஒப்புதல் அளிக்கும் விரிவானத்திலுள்ள அனைத்து தகவல்களும் அவரது தாய்மொழியில் விளக்கிக் கூறப்பட்டதென்று சான்று அளிக்கிறேன்.

ஆலோசகரின் கையொப்பம். **முழுப்பெயர் (ம) விலாசம்

(* ஆலோசகர் மருத்துவ அலுவலராகவோ அல்லது ககாதாரப் பணியாளராகவோ இருக்கலாம்)

**குடும்ப நல அறுவை சிகிச்சை செய்யும் மருத்துவர் மற்றும் மருத்துவ நிலைய
பொறுப்பு மருத்துவரின் சான்று**

திருமதி / திரு.என்பவர் குடும்ப நல அறுவை சிகிச்சை செய்து கொள்வதற்கான வயது வரம்புக்கு உட்பட்டும், மனதாலும், உடலாலும் தகுதி பெற்றுள்ளார் என்று சான்றளிக்கிறேன்.

திருமதி / திரு.என்பவர் இதற்கு முன்னர் குடும்ப நல அறுவை சிகிச்சை செய்து கொண்டதற்கான எந்தவித அறிகுறிகளும் இல்லை என சான்றளிக்கிறேன்.

அவர் அளித்துள்ள மேற்கண்ட உறுதி மொழி படிவத்திற்கு சட்ட பூர்வமான அங்கீகாரம் உண்டு என அவரிடம் விளக்கி கூறியுள்ளேன்.

நான் மருத்துவ ஆவணம் மற்றும் சரி பார்க்கும் பட்டியலை பூர்த்தி செய்துள்ளேன் மற்றும் குடும்ப நல அறுவை சிகிச்சை செய்வதற்கு இந்திய அரசாங்கத்தினால் நிர்ணயிக்கப்பட்ட நடைமுறைகளை முழுமையாக பின்பற்றி இவருக்கு குடும்ப நல அறுவை சிகிச்சை செய்துள்ளேன் என்றும் சான்றளிக்கிறேன்.

அறுவை சிகிச்சை செய்யும் மருத்துவரின்
கையொப்பம் (பெயர் மற்றும் விலாசம்)
அலுவலக முத்திரை

மருத்துவ நிலைய பொறுப்பு மருத்துவரின்
கையொப்பம் (பெயர் மற்றும் விலாசம்)
அலுவலக முத்திரை

குடும்ப நல அறுவை சிகிச்சை நிராகரிப்பு / மறுப்பு

திருமதி / திரு.என்பவர் குடும்ப நல அறுவை சிகிச்சை / மறு அறுவை சிகிச்சை செய்து கொள்ள கீழ்க்கண்ட காரணங்களினால் தகுதியற்றவர் என்று சான்றளிக்கிறேன்.

(1)

(2)

கீழ்க்கண்ட மாற்று கருத்தடை முறைகளை பின்பற்றுமாறு அவருக்கு ஆலோசனை வழங்கப்பட்டது.

(1)

(2)

இடம்:
நாள்:

இம்முடிவினை எடுத்த மருத்துவ அலுவலர் / ஆலோசகரின்
கையொப்பம் (பெயர் மற்றும் முகவரி)

பற்றுச் சீட்டு

குடும்ப நல அறுவை சிகிச்சை கொண்டதற்கு இழப்பீட்டுத் தொகையாக ரூ.....(எழுத்தால் ரூபாய்
.....மட்டும்) பெற்றுக் கொண்டேன்.

அறுவை சிகிச்சை செய்து கொண்டவரின் கையொப்பம்

அலுவலக ஆணை

மேற்கண்ட பயனாளிக்கு ரூ.....(எழுத்தால் ரூபாய்

.....மட்டும்) வழங்குவதற்கு அனுமதியளிக்கப்படுகிறது.

மருத்துவமனை தலைமை மருத்துவரின் கையொப்பம்

பற்றுச் சீட்டு

குடும்ப நல அறுவை சிகிச்சை ஏற்றுக் கொள்ள செய்ததற்கு ஊக்கத் தொகையாக ரூ.....(எழுத்தால் ரூபாய்
.....மட்டும்) பெற்றுக் கொண்டேன்.

ஊக்குவிப்பாளர் கையொப்பம்

அலுவலக ஆணை

மேற்கண்ட ஊக்குவிப்பாளருக்கு ரூ.....(எழுத்தால் ரூபாய்
.....மட்டும்) வழங்குவதற்கு அனுமதியளிக்கப்படுகிறது.

மருத்துவமனை தலைமை மருத்துவரின் கையொப்பம்

பற்றுச் சீட்டு

குடும்ப நல அறுவை சிகிச்சை செய்ததற்கு அறுவை சிகிச்சை மருத்துவர் தொகையாக ரூ..... (எழுத்தால் ரூபாய்
.....மட்டும்) பெற்றுக் கொண்டேன்.

அறுவை சிகிச்சை மருத்துவர் கையொப்பம்

அலுவலக ஆணை

மேற்கண்ட அறுவை சிகிச்சை மருத்துவருக்கு ரூ.....(எழுத்தால் ரூபாய்.....
.....மட்டும்) வழங்குவதற்கு அனுமதியளிக்கப்படுகிறது.

மருத்துவமனை தலைமை மருத்துவரின் கையொப்பம்

பற்றுச் சீட்டு

குடும்ப நல அறுவை சிகிச்சை செய்ததற்கு மயக்க மருத்துவர் தொகையாக ரூ.....(எழுத்தால் ரூபாய்.....
.....மட்டும்) பெற்றுக் கொண்டேன்.

மயக்க மருத்துவர் கையொப்பம்

அலுவலக ஆணை

மேற்கண்ட மயக்க மருத்துவருக்கு ரூ.....(எழுத்தால் ரூபாய்
.....மட்டும்) வழங்குவதற்கு அனுமதியளிக்கப்படுகிறது.

மருத்துவமனை தலைமை மருத்துவரின் கையொப்பம்

பற்றுச் சீட்டு

குடும்ப நல அறுவை சிகிச்சை செய்ததற்கு செவிலியர் தொகையாக ரூ.....(எழுத்தால் ரூபாய்.....
.....மட்டும்) பெற்றுக் கொண்டேன்.

செவிலியர் கையொப்பம்

அலுவலக ஆணை

மேற்கண்ட செவிலியருக்கு ரூ.....(எழுத்தால் ரூபாய்.....மட்டும்)
.....மட்டும்) வழங்குவதற்கு அனுமதியளிக்கப்படுகிறது.

மருத்துவமனை தலைமை மருத்துவரின் கையொப்பம்

பற்றுச் சீட்டு

குடும்ப நல அறுவை சிகிச்சை செய்ததற்கு அறுவை அரங்க தொழில் நுட்ப நிபுணர் தொகையாக ரூ.....
(எழுத்தால் ரூபாய்மட்டும்) பெற்றுக் கொண்டேன்.

அறுவை அரங்க தொழில் நுட்ப நிபுணர் கையொப்பம்

அலுவலக ஆணை

மேற்கண்ட அறுவை அரங்க தொழில் நுட்ப நிபுணருக்கு ரூ.....(எழுத்தால் ரூபாய்.....
.....மட்டும்) வழங்குவதற்கு அனுமதியளிக்கப்படுகிறது.

மருத்துவமனை தலைமை மருத்துவரின் கையொப்பம்.