

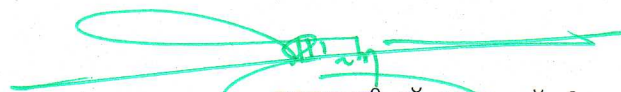
**കേരള സംസ്ഥാന വികലാംഗക്ഷേമ കോർപ്പറേഷൻ കാഴ്ച പരിമിതർക്ക് സ്മാർട്ട് ഫോൺ നൽകുന്ന 'കാഴ്ച' പദ്ധതിയിലേക്ക് അപേക്ഷ ക്ഷണിക്കുന്നു**

1000 കാഴ്ചപരിമിതർക്ക് സ്മാർട്ട്ഫോൺ നൽകുന്ന കാഴ്ച പദ്ധതിയിൽ ബാക്കിവന്ന സ്മാർട്ട്ഫോണുകൾക്ക് അപേക്ഷ ക്ഷണിക്കുന്നു. കോർപ്പറേഷന്റെ [www.hpwc.kerala.gov.in](http://www.hpwc.kerala.gov.in) എന്ന വെബ്സൈറ്റിൽ 01.01.2020 മുതൽ അപേക്ഷ ലഭ്യമായിരിക്കും. അപേക്ഷ സ്വീകരിക്കുന്ന അവസാന തീയതിയായ 15.01.2021 ന് വൈകുന്നേരം 5.00 മണിവരെ. പൂർണ്ണമായി പൂരിപ്പിച്ച അപേക്ഷാഫോമും അനുബന്ധ രേഖകളും സ്കാൻ ചെയ്ത് [src.kshpwc@gmail.com](mailto:src.kshpwc@gmail.com) എന്ന മെയിലിലേക്ക് അയയ്ക്കേണ്ടതാണ്.

**മാനദണ്ഡങ്ങൾ**

- ❖ 40% മുതൽ കാഴ്ച പരിമിതിയുള്ള 18 വയസ്സ് മുതൽ 60 വയസ്സ് വരെയുള്ളവർക്ക് സ്മാർട്ട്ഫോണിന് അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കാം, 80% ത്തിൽ കൂടുതൽ കാഴ്ച പരിമിതിയുള്ളവരെ പ്രത്യേക പരിഗണിക്കും വിദ്യാർത്ഥികൾ, സ്ത്രീകൾ, ട്രാൻസ്ജെൻഡേഴ്സ് എന്നിവർക്കും മുൻഗണന നൽകുന്നതായിരിക്കും
- ❖ ഒരുകക്ഷത്തിൽ താഴെ ആയിരിക്കണം വാർഷിക വരുമാനം
- ❖ കഴിഞ്ഞ 6 വർഷങ്ങളിൽ ലാപ്ടോപ്പ്/ഡെസ്ക്ടോപ്പ്, 5 മൊബൈൽ ഫോൺ/ടാബ്ലെറ്റ് തുടങ്ങിയ സഹായ ഉപകരണങ്ങളോ കോർപ്പറേഷനിൽ നിന്നോ തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ നിന്നോ ലഭിച്ചുണ്ടെങ്കിൽ അപേക്ഷിക്കാൻ പാടുള്ളതല്ല.
- ❖ ആവശ്യമായ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടുത്താത്തതും, വ്യക്തമല്ലാത്തതും അപൂർണ്ണവുമായ അപേക്ഷകൾ പരിഗണിക്കുന്നതായിരിക്കില്ല.
- ❖ സർക്കാർ/അർദ്ധ സർക്കാർ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ ജോലി ചെയ്യുന്നവരും, റിട്ടയർ ചെയ്ത് പെൻഷൻ കൈപ്പറ്റുന്നവരും അപേക്ഷ അയയ്ക്കേണ്ടതില്ല.
- ❖ തിരഞ്ഞെടുക്കപ്പെടുന്നവർ ഫോൺ വിതരണ സമയത്ത് 200/- രൂപയുടെ എഗ്രിമെന്റ് പേപ്പർ ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്.
- ❖ കോർപ്പറേഷൻ നിജപ്പെടുത്തിയിരിക്കുന്ന മാനദണ്ഡങ്ങൾക്ക് വിപരീതമായി ഉപകരണം സ്വീകരിക്കുകയോ, ദുരുപയോഗം ചെയ്യുകയോ ചെയ്താൽ കോർപ്പറേഷൻ നിയമ നടപടികൾ സ്വീകരിക്കുന്നതായിരിക്കും.

കൂടുതൽ വിവരങ്ങൾക്ക് ഫോൺ. നം. 0471-2347768, 7152, 7153, 7156 അന്വേഷിക്കാവുന്നതാണ്.

  
 മാനേജിംഗ് ഡയറക്ടർ

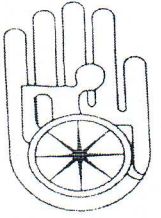
# ‘കാഴ്ച’

**കാഴ്ച പരിമിതി നേരിടുന്ന യുവതീ/യുവാക്കൾക്ക് സ്മാർട്ട് ഫോൺ നൽകുന്ന പദ്ധതിയ്ക്കുള്ള അപേക്ഷാഫോറം**

**കേരള സംസ്ഥാന വികലാംഗക്ഷേമ കോർപ്പറേഷൻ**

പുജപ്പുര, തിരുവനന്തപുരം, ഫോൺ: 0471-2347768, 7152,7153,7156,ഫാക്സ്: 0471-2340568

ഇ.മെയിൽ: [src.kshpwc@kerala.gov.in](mailto:src.kshpwc@kerala.gov.in), വെബ്സൈറ്റ്: [www.hpwc.kerala.gov.in](http://www.hpwc.kerala.gov.in)



(ഈ അപേക്ഷയിൽ നിർദ്ദേശിച്ചിരിക്കുന്ന പ്രകാരം പൂർണ്ണമായ വിവരങ്ങളും, രേഖകളും നിർബന്ധമായും ഉൾപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്)

1	അപേക്ഷകന്റെ പേര്	
2	ജെൻഡർ	സ്ത്രീ <input type="checkbox"/> പുരുഷൻ <input type="checkbox"/> ട്രാൻസ്ജെൻഡർ <input type="checkbox"/>
3	പൂർണ്ണ മേൽവിലാസം (പിൻകോഡ് സഹിതം)	
4	വയസ്സ്, ജനന തീയതി (ദിവസം/ മാസം/ വർഷം)	
5	മൊബൈൽ നമ്പരും, ഇ-മെയിൽ അഡ്രസ്സും	
6	ആധാർ കാർഡ് നമ്പർ	
7	റേഷൻ കാർഡ് കാറ്റഗറി	
8	മാസ വരുമാനം (വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ് പ്രകാരം)	
9	വിദ്യാഭ്യാസ യോഗ്യത	
10	ജോലി സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ	
11	വിദ്യാർത്ഥിയാണെങ്കിൽ പഠിക്കുന്ന സ്ഥാപനത്തിന്റെ പേരും ഫോൺ നമ്പരും	
12	ഭിന്നശേഷിതാ ശതമാനം	
13	മുൻപ് ഏതെങ്കിലും പദ്ധതിയിൽ ഉപകരണം ലഭ്യമായിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ വിശദ വിവരം	
14	പഞ്ചായത്ത്/കോർപ്പറേഷൻ/മുനിസിപ്പാലിറ്റിയുടെ പേരും, ഫോൺ നമ്പരും	
15	നിയോജക മണ്ഡലം	

### സത്യപ്രസ്താവന

മുകളിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന കാര്യങ്ങൾ എന്റെ ഉത്തമ വിശ്വാസത്തിലും അറിവിലും ശരിയും സത്യവുമാണെന്നും കഴിഞ്ഞ വർഷങ്ങളിൽ ഇത്തരത്തിലുള്ള ഉപകരണങ്ങൾ സ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ നിന്നോ ബന്ധപ്പെട്ട വകുപ്പുകളിൽ നിന്നോ ലഭിച്ചിട്ടില്ലായെന്നും, എനിക്ക് ലഭിക്കുന്ന ഉപകരണം സ്വന്തം ആവശ്യത്തിനുമാത്രം ഉപയോഗിക്കുന്നതാണെന്നും, കോർപ്പറേഷൻ നിജപ്പെടുത്തിയ മാനദണ്ഡങ്ങൾക്ക് വിരുദ്ധമായി ഉപകരണം വിൽക്കുകയോ, ദുരുപയോഗിക്കുകയോ ചെയ്താൽ കോർപ്പറേഷന്റെ നിബന്ധനകൾ അനുസരിച്ച് തീരുമാനം കൈകൊള്ളുന്നതിൽ ബുദ്ധിമുട്ടില്ലെന്നും ഇതിനാൽ സത്യപ്രസ്താവന ചെയ്തു കൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം: \_\_\_\_\_ അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ്: \_\_\_\_\_  
 തീയതി \_\_\_\_\_ പേര്: \_\_\_\_\_  
(മറുപുറം കാണുക) P.T.O

**(സ്ഥിര ഭിന്നശേഷിതാ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഇല്ലാത്തവർ ഹാജരാക്കേണ്ട വിദഗ്ദ്ധ ഡോക്ടറുടെ സാക്ഷ്യപത്രം)**

ശ്രീ/ശ്രീമതി.....നെ പരിശോധന നടത്തിയതിൽ ടിയാൻ കാഴ്ച പരിമിതി ..... (ശതമാനം) ഉണ്ടെന്ന് കാണുന്നതായി ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

സ്ഥലം: മെഡിക്കൽ പരിശോധന നടത്തിയ നേത്രരോഗ വിദഗ്ദ്ധന്റെ  
 ഒപ്പം:  
 തീയതി: പേരും:  
 ഔദ്യോഗിക പദവി:  
 രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ:  
 തസ്തിക:

- കുറിപ്പ്:- 1. അപേക്ഷകൾ സ്വീകരിക്കുന്നത് 2021 ജനുവരി 15-ാം തീയതി 5 മണിവരെ [src.kshpwc@gmail.com](mailto:src.kshpwc@gmail.com) എന്ന മെയിൽ മുഖേന മാത്രമായിരിക്കും, അപേക്ഷയുടെ ഹാർഡ് കോപ്പി ആവശ്യപ്പെടുമ്പോൾ മാത്രം അയച്ചാൽ മതിയാകും. മേൽസൂചിപ്പിച്ചിരിക്കുന്ന മെയിലിലേക്ക് പൂർണ്ണമായി പൂരിപ്പിച്ച അപേക്ഷയും അനുബന്ധ രേഖകളും സ്കാൻ ചെയ്ത് സിംഗിൾ പി.ഡി.എഫ് ഡോക്യുമെന്റായി സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. മെയിലിൽ അല്ലാതെയുള്ള അപേക്ഷ പരിഗണിക്കില്ല.
2. താഴെകൊടുത്തിരിക്കുന്ന 1-7 വരെയുള്ള രേഖകളുടെ പകർപ്പ് കൂടി അപേക്ഷയോടൊപ്പം സ്കാൻ ചെയ്ത് അയയ്ക്കേണ്ടതാണ്.

1. ഭിന്നശേഷിതം തെളിയിക്കുന്ന മെഡിക്കൽ ബോർഡ് സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ പകർപ്പ് സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയത്.
2. റേഷൻകാർഡിന്റെ 1, 2 പേജുകളുടെയും അവസാന പേജിന്റെയും സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ കോപ്പി.
3. ആധാർ കാർഡിന്റെ സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ്.
4. കഴിഞ്ഞ 6 വർഷങ്ങളിൽ തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ നിന്നോ മറ്റേതെങ്കിലും സ്ഥാപനങ്ങളിൽ നിന്നോ ലാപ്ടോപ്പ്/ഡെസ്ക്ടോപ്പ് 5 വർഷത്തിനിടയിൽ മൊബൈൽ ഫോൺ/ടാബ്ലെറ്റ് ലഭിച്ചിട്ടില്ലായെന്നും ബന്ധപ്പെട്ട തദ്ദേശ സ്ഥാപന സെക്രട്ടറിയിൽ നിന്നുള്ള സാക്ഷ്യപത്രം
5. വിദ്യാർത്ഥിയാണെങ്കിൽ പഠിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുന്ന സ്ഥാപനത്തിന്റെ മേധാവിയിൽ നിന്നുള്ള സാക്ഷ്യപത്രം
6. വില്ലേജ് ഓഫീസറിൽ നിന്നും ഒരുവർഷത്തിനുള്ളിൽ ലഭിച്ച വാർഷിക വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ്
7. അപേക്ഷയിൽ പാസ്പോർട്ട് സൈസ് ഫോട്ടോ പതിച്ചതിനുശേഷം സ്കാൻചെയ്ത് അയയ്ക്കേണ്ടതാണ്.

**നിബന്ധനകൾ**

- ❖ 40% മുതൽ കാഴ്ച പരിമിതിയുള്ള 18 വയസ്സ് മുതൽ 60 വയസ്സ് വരെയുള്ളവർക്ക് സ്മാർട്ട്ഫോണിന് അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കാൻ, 80% അതിൽ കൂടുതൽ കാഴ്ച പരിമിതിയുള്ളവരെ പ്രത്യേകം പരിഗണിക്കും വിദ്യാർത്ഥികൾ, സ്ത്രീകൾ, ട്രാൻസ്ജെൻഡേഴ്സ് എന്നിവർക്കും മുൻഗണന നൽകുന്നതായിരിക്കും
- ❖ ഒരുലക്ഷത്തിൽ താഴെ ആയിരിക്കണം വാർഷിക വരുമാനം
- ❖ കഴിഞ്ഞ 6 വർഷങ്ങളിൽ ലാപ്ടോപ്പ്/ഡെസ്ക്ടോപ്പ്, 5 മൊബൈൽ ഫോൺ/ടാബ്ലെറ്റ് തുടങ്ങിയ സഹായ ഉപകരണങ്ങളോ കോർപ്പറേഷനിൽ നിന്നോ തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ നിന്നോ ലഭിച്ചുണ്ടെങ്കിൽ അപേക്ഷിക്കാൻ പാടുള്ളതല്ല.
- ❖ ആവശ്യമായ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടുത്താത്തതും, വ്യക്തമല്ലാത്തതും അപൂർണ്ണവുമായ അപേക്ഷകൾ പരിഗണിക്കുന്നതായിരിക്കില്ല.
- ❖ സർക്കാർ/അർദ്ധ സർക്കാർ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ ജോലി ചെയ്യുന്നവരും, റിട്ടയർ പെൻഷൻ കൈപ്പറ്റുന്നവരും അപേക്ഷ അയയ്ക്കേണ്ടതില്ല.
- ❖ തിരഞ്ഞെടുക്കപ്പെടുന്നവർ 200/- രൂപയുടെ മുദ്രപത്രം ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്.
- ❖ കോർപ്പറേഷൻ നിജപ്പെടുത്തിയിരിക്കുന്ന മാനദണ്ഡങ്ങൾക്ക് വിരുദ്ധമായി ഉപകരണം കൈപ്പറ്റിയതായി തെളിയുകയോ, ദുരുപയോഗം ചെയ്യുകയോ ചെയ്താൽ കോർപ്പറേഷൻ നിയമ നടപടികൾ സ്വീകരിക്കുന്നതായിരിക്കും.

**അപേക്ഷാഫോറം തീർത്തും സൗജന്യമാണ്**