



അപേക്ഷ നം.:
(ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന്)

അപേക്ഷ ഫോറം.

ഫോട്ടോ

പാരമ്പര്യ സമൂഹ ആരോഗ്യ രക്ഷാ പ്രവർത്തകർക്കുള്ള നിയന്ത്രിത പ്രമാണ പത്ര വിതരണ പദ്ധതി (VCSTCHPs) for Applicant TCHP

പൂർണ്ണമായ പേര്:

പുരുഷൻ / സ്ത്രീ:

ജനന തീയതി:

അച്ഛന്റെ/രക്ഷാകർത്താവിന്റെ പേര്:

ബന്ധപ്പെടാനുള്ള വിലാസം:

അടുത്തുള്ള അടയാളം (Landmark):

വില്ലേജ്:

താലൂക്ക്:

പിൻ കോഡ്:

ജില്ല:

ആധാർ നം.:

ഫോൺ നം.:

മൊബൈൽ നം.:

വൈദ്യം അഭ്യസിപ്പിച്ച, "കുടുംബത്തിലെ മുതിർന്ന അംഗത്തിന്റെ" / "ഗുരുവിന്റെ" വിവരങ്ങൾ.

പേര്:

അപേക്ഷകനുമായുള്ള ബന്ധം:

ബന്ധപ്പെടാനുള്ള വിലാസം:

താലൂക്ക്:

ജില്ല:

പിൻ കോഡ്:

ഫോൺ നം.:

മൊബൈൽ നം.:

പാരമ്പര്യ ആരോഗ്യ രക്ഷാ പ്രവർത്തനത്തിലുള്ള പരിചയം: വർഷം.

അറിയാവുന്ന ഭാഷകൾ

ചികിത്സ വിഭാഗം പട്ടിക : പ്രമാണ പത്രത്തിനായി മൂല്യ നിർണ്ണയം നടത്തപ്പെടാൻ താല്പര്യമുള്ള ധാരകൾ ?

സാധാരണ രോഗങ്ങൾ

പാരമ്പര്യ പ്രസവ ശുശ്രൂഷ

മഞ്ഞപ്പിത്ത ചികിത്സ

പാരമ്പര്യ അസ്ഥി ചികിത്സ

വിഷ ചികിത്സ

വാത ചികിത്സ

മുമ്പ് ഏതെങ്കിലും പ്രമാണ പത്ര വിതരണ സഭയിൽ സമീപിച്ചിട്ടുണ്ടോ ?

ഉണ്ട്

ഇല്ല

മുമ്പ് അപേക്ഷ നിരസിച്ചിട്ടുണ്ടോ?

ഉണ്ട്

ഇല്ല

ഈ പദ്ധതി പ്രകാരം പ്രമാണ പത്രം ലഭിക്കുകയോ അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ പ്രസ്തുത അപേക്ഷ നം.

സത്യവാങ്മൂലം :

എന്റെ അറിവിന്റെയും കഴിവിന്റെയും വെളിച്ചത്തിൽ ഇപ്രകാരം സത്യ പ്രസ്താവന ചെയ്യുന്നു. കുടുംബത്തിലെ മുതിർന്ന അംഗത്തിൽ നിന്നോ ഗുരുവിൽ നിന്നോ പഠിച്ചത് പ്രകാരം, രോഗികൾക്ക്, പ്രാഥമിക, ആരോഗ്യ സംരക്ഷണ അവസ്ഥകളിൽ പാരമ്പര്യ / നാട്ടുചികിത്സ രീതികളിൽ മാത്രമേ ചികിത്സ നടത്തൂ എന്നും യാതൊരുകാരണവശലും അലോപതി, ഹോമിയോപ്പതി മരുന്നുകളുടെ സഹായത്തോടെ ചികിത്സ നൽകില്ല എന്നും പ്രതിജ്ഞ ചെയ്യുന്നു. മേൽപറഞ്ഞ എല്ലാ വിവരങ്ങളും സത്യവും എന്റെ പരിപൂർണ്ണ അറിവോടു കൂടിയുള്ളതാണെന്നും ഇതിനാൽ ഞാൻ സത്യപ്രതിജ്ഞ ചെയ്യുന്നു.

അപേക്ഷകന്റെ പേര് (TCHP)

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ് (TCHP) അല്ലെങ്കിൽ അപേക്ഷകന്റെ വിരലടയാളം.

തീയതി (dd/mm/yyyy):

സ്ഥലം:

ചികിത്സലയത്തിന്റെ വിലാസം (ഉണ്ടെങ്കിൽ):	
അടുത്തുള്ള അടയാളം (Landmark):	
ഫീസിന്റെ വിവരങ്ങൾ.	
ബാങ്കിന്റെ പേര്:	തുക:
ഡി.ഡി.നം.:	തീയതി:

ആധാറിന്റെ കാർഡിന്റെ പകർപ്പും സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ 3 പാസ്‌പോർട്ട് സൈസ് ഫോട്ടോകളും സമർപ്പിക്കുന്നു.

അപേക്ഷകന്റെ പേര് (TCHP)	
അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ് (TCHP) അല്ലെങ്കിൽ അപേക്ഷകന്റെ വിരലടയാളം.	
തീയതി (dd/mm/yyyy):	സ്ഥലം:

ചികിത്സ രീതി:	
<input type="checkbox"/> ആയുർവേദ ചികിത്സ.	<input type="checkbox"/> സിദ്ധ ചികിത്സ.
<input type="checkbox"/> വംശീയ വൈദ്യം.	<input type="checkbox"/> പാരമ്പര്യ നാട്ടു ചികിത്സ.
<input type="checkbox"/> ഗൃഹ വൈദ്യം.	<input type="checkbox"/> ഒറ്റമൂലി ചികിത്സ.

ഇനിപ്പറയുന്ന ഫോമുകൾ അപേക്ഷകൻ (TCHP) പൂരിപ്പിച്ച് ഒപ്പിടേണ്ടതും അംഗീകാരത്തിനായി അപേക്ഷയ്ക്കൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ടതും ആണ്. സ്വയം പ്രഖ്യാപനം.

..... (TCHP യുടെ പേര്), എന്ന ഞാൻ എന്റെ സമൂഹത്തിന് താഴെ പറയുന്ന ധാരകളിൽ (streams) പരമ്പരാഗത ആരോഗ്യ സംരക്ഷണം നൽകുന്നു.

എന്റെ കുടുംബത്തിൽ നിന്നും ഗുരുവിൽ നിന്നും നേടിയ അറിവും കഴിവുകളും അനുസരിച്ച്. ഏതെങ്കിലും ഔപചാരികമായ വൈദ്യശാസ്ത്ര സമ്പ്രദായത്തിന്റെ സേവനങ്ങൾ നൽകാമെന്ന് ഞാൻ അവകാശപ്പെടുകയാണെങ്കിലോ അല്ലെങ്കിൽ എന്റെ സർട്ടിഫിക്കേഷനെ തെറ്റായി ചിത്രീകരിക്കുകയാണെന്നോ കണ്ടെത്തിയാൽ, പിന്നീടുള്ള തീയതിയിൽ, എന്റെ സർട്ടിഫിക്കേഷൻ താൽക്കാലികമായി നിർത്തിവയ്ക്കുകയും / അല്ലെങ്കിൽ പിൻവലിക്കുകയും ചെയ്തേക്കാം എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

ആരോഗ്യ പരിരക്ഷാ സേവനങ്ങൾ നൽകാൻ എനിക്ക് നല്ല ആരോഗ്യവും നല്ല മനസ്സും ഉണ്ടെന്നും എന്റെ ആരോഗ്യത്തിൽ ഒരു മാറ്റം വരുമ്പോൾ അത് നിങ്ങളുടെ ശ്രദ്ധയിൽപ്പെടുത്തുമെന്നും ഇത് ഒരു പരമ്പരാഗത കമ്മ്യൂണിറ്റി ഹെൽത്ത് കെയർ പ്രൊവൈഡർ (TCHP) എന്ന നിലയിലുള്ള എന്റെ പ്രവർത്തനത്തെ പ്രതികൂലമായി ബാധിക്കുമെന്നും ഞാൻ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു. പിന്നീടുള്ള തീയതിയിൽ ഒരു ടിസിഎച്ച്പി എന്ന നിലയിൽ എന്റെ ചുമതലകൾ നിറവേറ്റുന്നതിന് ആരോഗ്യപരമായി ഞാൻ യോഗ്യനല്ലെന്ന് കണ്ടെത്തിയാൽ, എന്റെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് താൽക്കാലികമായി നിർത്തിവയ്ക്കാം കൂടാതെ / അല്ലെങ്കിൽ പിൻവലിക്കുകയും ചെയ്തേക്കാം എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

എന്റെ ജോലിസ്ഥലത്ത് സുരക്ഷിതവും ഉത്തരവാദിത്തമുള്ളതുമായ ഒരു അന്തരീക്ഷം ഞാൻ ഉറപ്പാക്കുകയും എന്നിൽ നിന്ന് അത് ആഗ്രഹിക്കുന്ന എല്ലാവർക്കും ഗുണനിലവാരമുള്ള പരിചരണം നൽകുകയും ചെയ്യും.

ഈ പ്രഖ്യാപനത്തിന്റെ ഭാഗമായ പ്രമാണം ഞാൻ വായിക്കുകയും കൂടാതെ / അല്ലെങ്കിൽ മനസ്സിലാക്കുകയും ചെയ്തുവെന്ന് ഞാൻ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു.

അപേക്ഷകന്റെ പേര് (TCHP)

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ് (TCHP) അല്ലെങ്കിൽ അപേക്ഷകന്റെ വിരലടയാളം.

തീയതി (dd/mm/yyyy) സ്ഥലം

പെരുമാറ്റച്ചട്ടം

പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ സംരക്ഷണത്തിൽ ടിസിഎച്ച്പി വഹിച്ച പങ്കിന്റെ പ്രാധാന്യം പരമ്പരാഗത കമ്മ്യൂണിറ്റി ഹെൽത്ത് കെയർ പ്രൊവൈഡർമാരുടെ സന്നദ്ധ സർട്ടിഫിക്കേഷനായുള്ള പദ്ധതി (വിസിഎസ്ടിസിപി) തിരിച്ചറിയുന്നു. (<http://www.qcin.org/Traditional-Community-Healthcare Providers.php>).

തൽഫലമായി, പരിചരണം ആഗ്രഹിക്കുന്നവർക്ക് ഉത്തരവാദിത്തവും സുരക്ഷിതവും സുരക്ഷിതവുമായ അന്തരീക്ഷം ഉറപ്പാക്കേണ്ടത് ടിസിഎച്ച്പിയുടെ ഉത്തരവാദിത്തമാണ്.

ടിസിഎച്ച്പി കൾക്കായുള്ള ഏറ്റവും ഉയർന്ന തൊഴിൽ നിലവാരം ഉയർത്തിപ്പിടിക്കുന്നതിന്, ഇനിപ്പറയുന്ന അടിസ്ഥാന തത്വങ്ങൾ ഞാൻ അംഗീകരിക്കുന്നു.

1. വംശം, ലിംഗഭേദം, ലൈംഗിക ആഭിമുഖ്യം, മതപരമായ അല്ലെങ്കിൽ ദേശീയ ഉത്ഭവം എന്നിവയെ അടിസ്ഥാനമാക്കി, എന്നിൽ നിന്ന് ആരോഗ്യ സംരക്ഷണം ആവശ്യപ്പെടുന്ന ഏതൊരാളോടും വിവേചനം കാണിക്കുകയോ നിരസിക്കുകയോ ചെയ്യുന്നത് ഞാൻ ഒഴിവാക്കും.
2. സഹപ്രവർത്തക യോഗങ്ങൾ, വിദ്യാഭ്യാസ പ്രവർത്തനങ്ങൾ, പഠനം എന്നിവയിലൂടെ ആരോഗ്യ സേവനങ്ങളുടെ എന്റെ അറിവും നൈപുണ്യവും ഞാൻ വികസിപ്പിക്കും.
3. ആരോഗ്യ സേവന മേഖലയിൽ, എന്റെ ധാരകളിൽ, ഞാൻ ഒരു നൈതികവും ധാർമ്മികവുമായ പരിശീലനം നിലനിർത്തും, ഒപ്പം എന്റെ സർട്ടിഫിക്കേഷനെ തെറ്റായി ചിത്രീകരിക്കുകയുമില്ല.
4. ആരോഗ്യകരമായ ഒരു ജീവിതരീതി ഞാൻ പിന്തുടരും
5. ചികിത്സക്ക് വരുന്നവരുമായി സുരക്ഷിതമായ തൊഴിൽ അന്തരീക്ഷവും പ്രവർത്തന ബന്ധവും ഞാൻ സ്ഥാപിക്കുകയും പരിപാലിക്കുകയും ചെയ്യും.
6. എന്റെ പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ ഞാൻ മാനുഷികമായ ഒരു മനോഭാവം വളർത്തിയെടുക്കുകയും കമ്മ്യൂണിറ്റി ഹെൽത്ത് സംരംഭങ്ങളെ പിന്തുണയ്ക്കുകയും ചെയ്യും.
7. എന്റെ ആരോഗ്യ സേവന മേഖലയിലെ രോഗാവസ്ഥകൾ മാത്രമേ ഞാൻ കൈകാര്യം ചെയ്യുകയുള്ളൂ, കൂടാതെ അടിയന്തിര സാഹചര്യങ്ങളെ അടുത്തുള്ള ആരോഗ്യ കേന്ദ്രത്തിലേക്ക് പോകാൻ നിർദ്ദേശിക്കുകയും ചെയ്യും.
8. പരമ്പരാഗത ആരോഗ്യസംരക്ഷണവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ കാര്യങ്ങളിലും, ഞാൻ മികച്ച രീതികളും നടപടിക്രമങ്ങളും പാലിക്കുകയും അറിവും നൈപുണ്യവും തുടർച്ചയായി വർദ്ധിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യും.
9. എന്റെ അറിവ്, സേവനങ്ങൾ, പ്രവർത്തനസമിതികൾ എന്നിവ സുതാര്യവും എന്റെ സമൂഹത്തിലെ ആളുകളുടെ പ്രയോജനത്തിനും വേണ്ടിയാണെന്ന് ഞാൻ കാണുന്നു.
10. എന്നിൽ നിന്ന് ആരോഗ്യം തേടുന്ന എല്ലാ വ്യക്തികളുടെയും സമഗ്രതയെ ഞാൻ ബഹുമാനിക്കുകയും സംരക്ഷിക്കുകയും ചെയ്യും, കൂടാതെ സേവന വ്യവസ്ഥയിൽ ലഭിച്ച വിവരങ്ങളെക്കുറിച്ചുള്ള എല്ലാ വിവരങ്ങളും സംരക്ഷിക്കേണ്ടത് എന്റെ ബാധ്യതയാണെന്ന് തിരിച്ചറിയുകയും ചെയ്യും.
11. ഞങ്ങളുടെ പ്രവർത്തനങ്ങളെക്കുറിച്ച് പൊതുജനങ്ങളെ അറിയിക്കുന്നതിനായി ഞാനോ എനിക്കോ വേണ്ടി നടത്തിയ ഏതെങ്കിലും പ്രഖ്യാപനം, പൊതു പ്രസ്താവന അല്ലെങ്കിൽ പ്രമോഷണൽ മെറ്റീരിയൽ ഉൾപ്പെടെ ഒരു പരസ്യവും ഞാൻ നടത്തുകയില്ല.
12. തെറ്റായതോ വഞ്ചനാപരമായതോ തെറ്റിദ്ധരിപ്പിക്കുന്നതോ വഞ്ചനാപരമോ ആയ പരസ്യ പ്രസ്താവനകൾ, പരസ്യങ്ങൾ എന്നിവ ഞാൻ ചെയ്യില്ല.
13. ഞാൻ എന്റെ ജോലിസ്ഥലത്ത്, എന്റെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് (ഇരുവശവും) ദൃശ്യപരമായി പ്രദർശിപ്പിക്കും.

ടി.സി.എച്ച്.പി അപേക്ഷകന്റെ പേര്

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ് (TCHP) അല്ലെങ്കിൽ അപേക്ഷകന്റെ വിരലടയാളം.

തീയതി (dd/mm/yyyy) സ്ഥലം

മുൻകൂറായി വിവരങ്ങൾ വ്യക്തമാക്കിയുള്ള സമ്മതപത്രം

ഭാഗം 1: വിവര രേഖ.

ക്വാളിറ്റി കൗൺസിൽ ഓഫ് ഇന്ത്യയും (QCI) - പ്രാദേശിക ആരോഗ്യ പാരമ്പര്യങ്ങളുടെ പുനരുജ്ജീവനത്തിനുള്ള ഫൗണ്ടേഷനും (FRLHT) പരമ്പരാഗത കമ്മ്യൂണിറ്റി ഹെൽത്ത് പ്രൊവൈഡർമാർക്കുള്ള സന്നദ്ധ സർട്ടിഫിക്കേഷൻ സ്കീം (VCSTCHP) പ്രകാരമാണ് നിങ്ങളുടെ അറിവും നൈപുണ്യവും അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ള ഈ വിലയിരുത്തൽ നടത്തുന്നത്. (<http://www.qcin.org/Traditional-Community-Healthcare-Providers.php>).

വാചാ പരീക്ഷ, വിഷയ അവതരണം, പ്രായോഗിക പരീക്ഷ, സ്ഥാപന പരിശോധന എന്നിവയിലൂടെ വിലയിരുത്തൽ നടത്തും. നിങ്ങളുടെ ചികിത്സയെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങളും അതിനായി നിങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കുന്ന മരുന്നുകളും നടപടിക്രമങ്ങളും സാങ്കേതികതകളും നിങ്ങളുടെ മൂല്യനിർണ്ണയ വേളയിൽ വെളിപ്പെടുത്തേണ്ടതായി വരാം. ദേശീയ നിയമങ്ങൾക്ക് കീഴിലുള്ള പ്രതിബദ്ധതകളും ബാധ്യതകളും അനുസരിച്ച്, വെളിപ്പെടുത്തിയ വിവരങ്ങൾ രഹസ്യാത്മകമായി പരിഗണിക്കും. ശേഖരിച്ച വിവരങ്ങൾ അറിവും സർട്ടിഫിക്കേഷനും വിലയിരുത്തുന്നതിനായി മാത്രമാണ്. ഈ മൂല്യനിർണ്ണയത്തിലെ നിങ്ങളുടെ പങ്കാളിത്തം സ്വമേധയാ ഉള്ളതാണ്, കൂടാതെ ഒരു കാരണവും നൽകാതെ തന്നെ വിലയിരുത്തലിൽ നിന്ന് പിന്മാറാനുള്ള എല്ലാ അവകാശവും നിങ്ങൾക്കുണ്ട്.

നിങ്ങളുടെ അറിവിന്റെയും നൈപുണ്യത്തിന്റെയും വിലയിരുത്തൽ വിജയകരമായി പൂർത്തിയാക്കുമ്പോൾ, നിങ്ങളെ വിലയിരുത്തിയ നിർദ്ദിഷ്ട ആരോഗ്യ പരിരക്ഷാ സേവനത്തിനായി നിങ്ങൾക്ക് സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ലഭിക്കും. സർട്ടിഫിക്കറ്റിന് 5 വർഷത്തേക്ക് സാധുത ഉണ്ടായിരിക്കും. സർട്ടിഫിക്കറ്റുകൊണ്ട് നിങ്ങൾക്ക് പ്രയോജനം ലഭിച്ചുവെന്ന് നിങ്ങൾക്ക് തോന്നുന്നുവെങ്കിൽ, പുനർനിർണ്ണയത്തിനായി നിങ്ങൾക്ക് അപേക്ഷിക്കാം കൂടാതെ നിങ്ങളുടെ അറിവും കഴിവുകളും വിലയിരുത്തുന്ന പ്രക്രിയ വിധേയമാകേണ്ടതാണ്.

ഒരു മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണർ എന്ന നിലയിൽ ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള രജിസ്ട്രേഷൻ ക്ലെയിം ചെയ്യുന്നതിനോ മുഖ്യധാരാ മെഡിക്കൽ സിസ്റ്റത്തിൽ ഉൾപ്പെടുത്തുന്നതിനോ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് നിങ്ങളെ അനുവദിക്കില്ല.

ഭാഗം 1: ടി.സി.എച്ച്.പി അപേക്ഷകന്റെ സ്വമേധയാ സമ്മതം.

..... (TCHP അപേക്ഷകന്റെ പേര്) എന്ന ഞാൻ മേൽപ്പറഞ്ഞവ വായിക്കുകയും / അറിയിക്കുകയും എന്റെ സംതൃപ്തിയായി എന്തെങ്കിലും ചോദ്യങ്ങൾ വ്യക്തമാക്കാൻ അവസരം നൽകുകയും ചെയ്തു. എന്റെ വിലയിരുത്തലിന് ആവശ്യമായ വിവരങ്ങൾ പങ്കിടാൻ ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

ടി.സി.എച്ച്.പി അപേക്ഷകന്റെ പേര്

ടി.സി.എച്ച്.പി അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ് അല്ലെങ്കിൽ അപേക്ഷകന്റെ വിരലടയാളം.

തീയതി (dd/mm/yyyy) സ്ഥലം

**വില്ലേജ്/പഞ്ചായത്ത് ഗ്രാമസഭയുടെ /
ഗ്രാമപഞ്ചായത്ത് / പ്രാദേശിക ഭരണകൂടത്തിന്റെ അംഗീകാരം**

(ദയവായി സ്ഥിരീകരിക്കുക (എ) ഐഡന്റിറ്റി, (ബി) താമസിക്കുന്ന വിലാസം, (സി) പരിശീലിക്കുന്ന വർഷങ്ങളുടെ എണ്ണം, (ഡി) പരിശീലന ധാര (ഇ) നിങ്ങളുടെ ഗ്രാമീണ സമൂഹത്തിൽ ടി.സി.എച്ച്.പി യുടെ ഉപയോഗക്ഷമത)

ശ്രീ / ശ്രീമതി (അപേക്ഷകന്റെ പേര്),

ശ്രീ / ശ്രീമതി (രക്ഷാകർത്താവിന്റെ

പേര്), എന്നവരുടെ മകൻ / മകൾ / ഭർത്താവ് / ഭാര്യ; “ടി. സി. എച്ച്. പി” ആയി

..... വില്ലേജിൽ പോസ്റ്റ്,

..... താലൂക്ക്, ജില്ല,

..... സംസ്ഥാനത്ത് വർഷമായി രോഗികളെ

ചികിത്സിച്ചു വരുന്നു എന്ന കാര്യം ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. താഴെപ്പറയുന്ന ധാരകളിൽ

(streams) പരമ്പരാഗത കമ്മ്യൂണിറ്റി ഹെൽത്ത് കെയർ നൽകുന്നുണ്ടെന്ന് ഞങ്ങൾ

പ്രസ്താവിക്കുന്നു (ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക);

.....

.....

.....

ശ്രീ / ശ്രീമതി ന്റെ സേവനങ്ങൾ

ഒരു ടിസിഎച്ച്പി എന്ന നിലയിൽ ഞങ്ങളുടെ ഗ്രാമ സമൂഹത്തിന് വളരെ പ്രയോജനകരമാണ്

എന്ന് ഞങ്ങൾ അംഗീകരിക്കുന്നു

ടി.സി.എച്ച്.പി അപേക്ഷകന്റെ പേര്

ഒപ്പ് അല്ലെങ്കിൽ വിരലടയാളവും സീലും

(പ്രസിഡന്റ് / സെക്രട്ടറി)

തീയതി (dd/mm/yyyy) സ്ഥലം

(ഈ പ്രമാണം ടി.സി.എച്ച്.പി യുടെ താമസ സ്ഥലത്തെ ഗ്രാമസഭയിൽ നിന്നും / ഗ്രാമപഞ്ചായത്തിൽ നിന്നും / പ്രാദേശിക ഭരണകൂടത്തിൽ നിന്നും പ്രസിഡന്റ് അല്ലെങ്കിൽ സെക്രട്ടറിയിൽ നിന്നും)