



செயற்கையகம் : உயர்நீதிமன்றம்
REG No : 55/2010

ஈரோடு மாவட்ட மாற்றுத்திறனுடையோர் நலச்சங்கம்

1, வடிவேல் காம்ப்ளக்ஸ், பூந்துறை பிரதான சாலை, செக்குமேடு, முள்ளாம்பரப்பு,
ஈரோடு-638 115. செல் : 99768 07944, 98427 87787, 99428 79737

மின்னஞ்சல் : erodedurai@gmail.com, eddapwas.erode@gmail.com

உறுப்பினர் படிவம் / மாற்றுத்திறனாளிகள் முழு தகவல் சேகரிப்பு படிவம்

1. பெயர் (தமிழ் / ஆங்கிலம்)

2. பிறந்த தேதி / வயது :

3. இனம் : ஆண் ☐ பெண் ☐ மூன்றாம் பாலினத்தவர் ☐

4. தந்தை / கணவர் / பாதுகாவலர் பெயர் :

5. திருமண நிலை : திருமணம் ஆனவர் ☐ திருமணம் ஆகாதவர் ☐

6. நிரந்தர முகவரி : கதவு எண் / வீட்டு பெயர் :

தெரு / வீதி :

கிராமம் :

அஞ்சல் :

வட்டம் :

தாலுக்கா :

அஞ்சல் குறியீட்டு எண் :

7. தற்காலிக முகவரி : கதவு எண் / வீட்டு பெயர் :

தெரு / வீதி :

கிராமம் :

அஞ்சல் :

வட்டம் :

தாலுக்கா :

அஞ்சல் குறியீட்டு எண் :

8. கைபேசி எண் : வாட்ஸ் ஆப் எண் :

8. மின்னஞ்சல்

9. குடும்ப அட்டை எண் :

10. ஆதார் எண் :

11. வாக்காளர் அட்டை எண் :

13. மதம் : இந்து / இஸ்லாமியர் / கிறிஸ்தவர் / இதர வகை

14. சாதி : SC / SCA / ST / BC / MBC / OBC / OTHERS

15. குடும்ப விபரம் :

வ.எண்	பெயர்	வயது / இனம்	உறவு	தொழில்
1				
2				
3				
4				
5				

16. சட்டமன்ற தொகுதி நாடாளுமன்ற தொகுதி

வார்டு எண்

18. கல்வி தகுதி துவக்க கல்வி / நடு நிலை / உயர் நிலை

/ மேல் நிலை / பட்டயம் / இளநிலை / முதுகலை /

தொழில் கல்வி / இதர வகை

19. தொழில்

இல்லை ☐ தினக் கூலி ☐ வார ஊதியம் ☐ மாத ஊதியம் (தனியார்) ☐

மாநில அரசுப்பணி (தொகுப்பு ஊதியம்) ☐ மாநில அரசுப்பணி (காலமுறை ஊதியம்) ☐

மத்திய அரசுப்பணி (தொகுப்பு ஊதியம்) ☐ மத்திய அரசுப்பணி (காலமுறை ஊதியம்) ☐

சுய தொழில் ☐ தொழில் அதிபர் ☐

இதர குறிப்பு :

20. மாற்றுத்திறனாளி அடையாள அட்டை எண் : UDID எண் :

21. நல வாரிய உறுப்பினர் எண் :

22. மாற்றுத்திறன் தன்மை		விழுக்காடு :
1. BLINDNESS <input type="text" value="VI"/>		
2. LOW VISION <input type="text" value="LV"/>		
3. LEPROSY CURED <input type="text" value="LC"/>		
4. HEARING IMPAIRMENT (DEAF AND HARD OF HEARING <input type="text" value="HI"/>		
5. DWARFISM <input type="text" value="DWF"/>		
6. INTELLECTUAL DISABILITY <input type="text" value="ID"/>		
7. MENTAL ILLNESS <input type="text" value="MI"/>		
8. AUTISM SPECTRUM DISORDER <input type="text" value="AU"/>		
9. CEREBRAL PALSY <input type="text" value="CP"/>		
10. MUSCULAR DYSTROPHY <input type="text" value="MD"/>		
11. CHRONIC NEUROLOGICAL CONDITIONS <input type="text" value="CNC"/>		
12. SPECIFIC LEARNING DISABILITIES <input type="text" value="SLD"/>		
13. MULTIPLE SCLEROSIS :		
14. SPEECH AND LANGUAGE DISABILITY :		
15. THALASSEMIA :		
16. HEMOPHILIA :		
17. SICKLE CELL DISEASE :		
18. MULTIPLE DISABILITIES INCLUDING DEAF BLINDNESS :		
19. ACID ATTACK VICTIM :		
20. PARKINSON'S DISEASE :		
21. LOCOMOTOR DISABILITY <input type="text" value="LD"/>		
A. ஒரு கை மட்டும்	முழங்கைக்கு மேல் / முழங்கைக்கு கீழ்	
B. இரண்டு கைகளும்	முழங்கைக்கு மேல் / முழங்கைக்கு கீழ்	
C. ஒரு கால் மட்டும்	முட்டிக்கு மேல் / முட்டிக்கு கீழ்	
D. இரண்டு கால்களும்	முட்டிக்கு மேல் / முட்டிக்கு கீழ்	
E. ஊன்றுகோல் மட்டும் பயன்படுத்துபவர்		
F. முடநீக்கு கருவி மட்டும் பயன்படுத்துபவர்		
G. இரண்டும் பயன்படுத்துபவர்		
H. இரண்டும் இல்லாமல் நடப்பவர்		
I. தவழ்ந்து செல்பவர்		
22. ஊனம் ஏற்பட்ட விதம்	பிறவி ஊனம் / விபத்தில் / போலியோவினால்	
23. வாகன பயன்பாடு நிலை		
24. இரண்டு சக்கர மோட்டார் வாகனம்	தெரிந்தவர் / ஓட்டுநர் உரிமம் வைத்திருப்பவர்	
25. இணைப்பு சக்கரம் பொறுத்தப்பட்ட மோட்டார் வாகனம்	தெரிந்தவர் / ஓட்டுநர் உரிமம் வைத்திருப்பவர்	
26. மகிழ்வுந்து	தெரிந்தவர் / ஓட்டுநர் உரிமம் வைத்திருப்பவர்	
27. மாற்றியமைக்கப்பட்ட மகிழ்வுந்து	தெரிந்தவர் / ஓட்டுநர் உரிமம் வைத்திருப்பவர்	
28. எந்த உபகரணமும் இல்லாமல் நடக்கக்கூடியவர்	எந்த வாகனமும் இல்லாதவர் <input type="checkbox"/>	
மூன்று சக்கர சைக்கிள் பயன்படுத்துபவர் <input type="checkbox"/>		
29. சங்கத்தின் மூலம் பெற்ற உதவிகள் விபரம் :		
சுய வேலை வாய்ப்பு <input type="checkbox"/>	தனியார் வேலை வாய்ப்பு <input type="checkbox"/>	
கல்வி உதவி தொகை <input type="checkbox"/>	இலவச திருமணம் <input type="checkbox"/>	
இதர உதவிகள் பெற்றிருப்பின் அதன் விபரம் :		
தகவல் சேகரிப்பவர் கையொப்பம் :		சரிபார்பவர் கையொப்பம்
பெயர் :		பெயர் :
கைபேசி எண் :		கைபேசி எண் :
அலுவலக உபயோகத்திற்கு		