

മികച്ച വികലാംഗ ജീവനക്കാർക്കുള്ള സംസ്ഥാന അവാർഡ്

അപേക്ഷ ഫോറം

- 1 ജീവനക്കാരന്റെ പേര് പൂർണ്ണമായമേൽവിലാസം :
- 2 ജീവനക്കാരൻ ജോലി ചെയ്യുന്ന സ്ഥാപനത്തിന്റെ പേരും, പൂർണ്ണമായ മേൽവിലാസവും (പിൻകോഡ് സഹിതം) :
- 3 സ്ഥാപനം പ്രവർത്തിക്കുന്ന മേഖല (സർക്കാർ/ പൊതുമേഖല/ സ്വകാര്യ മേഖല) ഇവയിൽ ഏതാണ്? :
- 4 ജീവനക്കാരന്റെ വയസ്സും ജനന തീയതിയും :
- 5 ആണോ / പെണ്ണോ :
- 6 വൈകല്യത്തിന്റെ സ്വഭാവം (അന്ധത/ ബധിരത/ അസ്ഥിസംബന്ധമായ വൈകല്യങ്ങൾ) :
- 7 വൈകല്യം സംഭവിച്ച പ്രായം :
- 8 പൊതു വിദ്യാഭ്യാസ യോഗ്യത /സാങ്കേതിക വിദ്യാഭ്യാസ യോഗ്യത :
- 9 വൈകല്യം സംഭവിച്ച ശേഷം സമ്പാദിച്ച യോഗ്യതകൾ :
- 10 നിയമനം ലഭിച്ച വർഷം :
- 11 നിയമനം സ്ഥിരമാണോ? താല്കാലികമാണോ? :
- 12 നിർവഹിക്കുന്ന ജോലിയുടെ സ്വഭാവം :
- 13 മറ്റ് ജീവനക്കാരുമായി താരതമ്യപ്പെടുത്തുമ്പോൾ അപേക്ഷകന്റെ പ്രവർത്തനക്ഷമതയുടെ തോത് കുറവാണ് / സമമാണ് / മെച്ചമാണ്
- 14 സഹപ്രവർത്തകരും മേലധികാരികളുമായി അപേക്ഷകന്റെ സഹകരണം തൃപ്തികരമല്ല/ തൃപ്തികരമാണ്/ വളരെ തൃപ്തികരമാണ്.
- 15 സ്വതന്ത്രമായി ജോലി ചെയ്യാൻ കഴിയുന്നുണ്ടോ? ഉണ്ട് / ഇല്ല
- 16 കൃത്യമായി ഹാജരാകുന്ന ആളാണോ? അതെ / അല്ല
- 17 കൃത്യനിർവഹണത്തിനായി സ്ഥാപനത്തിന്റെ യന്ത്ര സംവിധാനത്തിൽ അമിതമായ പൊരുത്തപ്പെടലുകൾ ആവശ്യപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ? വ്യക്തമാക്കുക. ഉണ്ട് / ഇല്ല

- 18 അംഗവൈകല്യത്തിന്റെ ഭവിഷ്യത്തുകളെ നേരിടുന്നതിന് വേണ്ടി അമിതമായ സാമ്പത്തികാനുകൂല്യം എന്തെങ്കിലും ജീവനക്കാരന് ആവശ്യപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ? വ്യക്തമാക്കുക. : ഉണ്ട് / ഇല്ല
- 19 ജീവനക്കാരന്റെ സ്വഭാവത്തേയും അച്ചടക്കത്തേയും സംബന്ധിച്ച തൊഴിൽദായകന്റെ അഭിപ്രായം :
- 20 അംഗവൈകല്യത്തിന്റെ ഭവിഷ്യത്തുകളെ അതിജീവിക്കുന്നതിന് അപേക്ഷകൻ നടത്തിയ ജീവിത സമരത്തിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ ഉൾക്കൊള്ളുന്ന സംക്ഷിപ്ത ജീവിത ചരിത്രകുറിപ്പ് (വൈകല്യത്തിന്റെ സ്വഭാവം പ്രതിഫലിപ്പിക്കുന്ന ഫോട്ടോ സ്ഥാപന മേധാവിയെക്കൊണ്ട് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി നൽകേണ്ടതാണ്.)
- 21 അപേക്ഷകന് ഇതിന് മുമ്പ് ഈ അവാർഡ് ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ ലഭിച്ച വർഷം :
- 22 സ്ഥാപനത്തിന് ഏറ്റവും അടുത്തുള്ള SBT ബ്രാഞ്ച്. :

സ്ഥലം :
തീയതി :

തൊഴിൽദായകന്റെ ഒപ്പ് :

(ഓഫീസ് മുദ്ര)

പേര് :

ഉദ്യോഗപ്പേര് :

ജീവനക്കാരന്റെ ഒപ്പ് :

.....

CASH AWARD TO THE INSTITUTIONS PROFORMA

Note: All Column Should be answered Correctly .Use Additional Sheets
Wherever Necessary

- 1 Name and Postal Address of the Institution :
- 2 Whether Government /Private :
- 3 If private Whether Registered Under the Charitable Societies Registration Act :
- 4 If Yes Mention the Registration Number :
- 5 Date of Establishment of the Institution Institution :
- 6 Category of Disabled Persons Served Blind, Deaf Ortho. Mentally Retarded :
- 7 Nature of the Institution Home/School/ Vocational Training Center/Rehabilitation Center :
- 8 Types of Programmers & Services Undertaken During The year :
- 9 a) Curricular: :
b) Extra Curricular: :
- 10 Details of achievement of the disabled during the year in the Curricular and Extra Curricular sphere. :

- 11 Whether aided/ state/central Govt
- 12 Details of facilities such as building equipments and machinery and qualified staff available in the institution.
- 13 The extent of Public involvement in the Development of the institution during the year
- 14 No .of Persons rehabilitated during the year
- 15 Is there any arrangements for follow up work.
- 16 Progress under consideration for future Development

Signature
Name & Designation:

Place:
Date:

(Office Seal)

Note: This application should be recommended by the District Committee for the Celebration of the World Day of the Disabled. The recommendations should contain specific reasons for recommending the application for the award with reference to the criteria prescribed for selection.

....

വികലാംഗരെ നിയമിച്ചിട്ടുള്ള മികച്ച തൊഴിൽ സ്ഥാപനങ്ങൾക്കുള്ള സംസ്ഥാന അവാർഡിന് അപേക്ഷിക്കുന്നതിനുള്ള ഫാറം

1. സ്ഥാപനത്തിന്റെ പേരും പൂർണ്ണമായ മേഖലാധാരവും. :

2. സ്ഥാപനം പ്രവർത്തിക്കുന്ന മേഖല കേന്ദ്ര ഗവൺമെന്റ്/സംസ്ഥാന ഗവൺമെന്റ്/സ്റ്റാറ്റ്യൂട്ടറി ബോഡി/ലോക്കൽ ബോഡി/സഹകരണ മേഖല/പൊതു മേഖല/സ്വകാര്യ മേഖല എന്നിവയിൽ ഏതാണ്. :

3. സ്ഥാപനത്തിന്റെ ഉൽപ്പന്നങ്ങൾ എന്തെല്ലാമാണ്. :

4. സ്ഥാപനത്തിൽ ആകെയുള്ള സ്ഥിര ജീവനക്കാരുടെ എണ്ണം. :
 എ) അൻധരായ സ്ഥിര ജീവനക്കാർ. :
 ബി) ബധിരരായ സ്ഥിര ജീവനക്കാർ. :
 സി) അന്ധമിസംബന്ധമായ വൈകല്യമുള്ള സ്ഥിര ജീവനക്കാർ. :

5. തൊഴിലുമുള്ള ജീവനക്കാരിൽ വികലാംഗരായ ജീവനക്കാരുടെ ശതമാനം. :

6. ഏപ്രിൽ 93 മുതൽ മാർച്ച് 98 വരെയുള്ള കാലയളവിൽ സ്ഥാപനത്തിൽ പുതുതായി നിയമിച്ചിട്ടുള്ള ജീവനക്കാരുടെ എണ്ണം. :

7. ഏപ്രിൽ 93 മുതൽ മാർച്ച് 98 വരെയുള്ള കാലയളവിൽ നിയമനം നൽകിയിട്ടുള്ള വികലാംഗരായ സ്ഥിര ജീവനക്കാരുടെ എണ്ണം. :

8. അൻധർ ബധിരർ അന്ധമിസംബന്ധമായ വൈകല്യമുള്ളവർ എന്നിവർക്ക് നൽകിയിട്ടുള്ള ജോലിമുദ്രകളുടെ വിശദാംശങ്ങൾ. (ഓരോ വിഭാഗത്തിൽപ്പെട്ടവരെയും സംബന്ധിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ പ്രത്യേകം നൽകുക). :

9. വികലാംഗ ജീവനക്കാരുടെ സഹകരണം മുൻനിർത്തി സ്ഥാപനത്തിന്റെ യന്ത്രസംവിധാനങ്ങളിൽ പുതിയ ക്രമീകരണങ്ങളെന്തെങ്കിലും വരുത്തിയിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ അതിന്റെ വിശദാംശങ്ങളും കാരണങ്ങളും നൽകുക. :

- 10. വികലാംഗർക്ക് പരിശീലനസൗകര്യങ്ങളും :
നിയമസഭയും നൽകുന്നതിന് സ്ഥാപനം
ഇതുവരെ കൈക്കൊണ്ടിട്ടുള്ള നടപടികളുടെ
വിശദാംശങ്ങൾ വിവരിക്കുക.
- 11. വികലാംഗർക്ക് നിയമന സാധ്യതകൾ :
വർദ്ധി പ്പിക്കുന്നതിന് സ്ഥാപനത്തിന്റെ
പരിഗണനയിലുള്ള ഭാവിപരിപാടികൾ
വിവരിക്കുക.
- 12. വികലാംഗർക്ക് ഒഴിവുകൾ സംവരണം ചെയ്ത് :
തിട്ടുണ്ടോ? (ഉണ്ടെങ്കിൽ സംവരണ
ശതമാനം എത്ര? സംവരണം
ചെയ്തിട്ടുള്ള ഒഴിവുകളിൽ നിയമനം
വളിച്ചിട്ടുള്ള വികലാംഗരുടെ എണ്ണം).
- 13. ഇതിന് മുമ്പ് സംസ്ഥാന അവാർഡോ, ദേശീ :
യ അവാർഡോ ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ
അവാർഡിന്റെ പേരും വർഷവും.

നാമം :-
തീയതി :-

സ്ഥാപനമേധാവിയുടെ ഒപ്പ് :

പേരും, ഉദ്യോഗപേരും :

(ഓഫീസ് മുദ്ര)

കുറിപ്പ് :- ആവശ്യമെങ്കിൽ അഡീഷണൽ ഷിഫ്റ്റ് ഉപയോഗിക്കാവുന്നതാണ്. ആവശ്യമില്ലാത്ത കാര്യം വെട്ടിക്കളയുക.