

**കേരളാ സ്റ്റേറ്റ് റോഡ് ട്രാൻസ്പോർട്ട് കോർപ്പറേഷൻ**

**ബധിര-മുക്തർക്ക് പാസ് ലഭിക്കുന്നതിനുള്ള അപേക്ഷാഫാറം**

1. പൂർണ്ണമായ പേര് :
2. വയസ്സും ജനനതീയതിയും :
3. പുരുഷനോ, സ്ത്രീയോ :
4. പൂർണ്ണമായ മേൽവിലാസം :
5. താമസസ്ഥലം  
അടുത്തുള്ള ബസ്സ്റ്റോപ്പ് :
6. തൊഴിൽ :
7. ഉദ്യോഗമുള്ളവരാണെങ്കിൽ അവരുടെ  
ഔദ്യോഗിക മേൽവിലാസം :
8. അപേക്ഷകന്റെ താമസസ്ഥലത്തിനടുത്തുള്ള  
കെ.എസ്.ആർ.ടി.സി. ഓഫീസ്  
(ഡി.ടി.ഓ./എ.റ്റി.ഒ. ഓഫീസ്) :
9. വാർഷിക വരുമാനം :

**സത്യപ്രസ്താവന**

കെ.എസ്.ആർ.ടി.സി. ബസിൽ സൗജന്യ യാത്രയ്ക്കായി അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കുന്ന  
.....എന്ന  
എന്റെ വാർഷിക വരുമാനം ..... ആകുന്നു. പ്രസ്തുത വിവരങ്ങൾ  
തെറ്റാണെന്നു ബോധ്യപ്പെടുന്നപക്ഷം എനിക്ക് അനുവദിച്ചിട്ടുള്ള പാസ് യാതൊരു മുന്നറിയിപ്പും കൂടാതെ നശിക്കാനും  
കെ. എസ്. ആർ. ടി. സി. ക്ക് പൂർണ്ണമായ അധികാരമുണ്ടെന്നു ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

സ്ഥലം : (ഒപ്പ്) :  
തീയതി : പേര് :

**ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിനു മാത്രം**

യൂണിറ്റാഫീസറുടെ ശുപാർശയും അപേക്ഷകന്റെ അംഗവൈകല്യവും വ്യക്തമാക്കുന്ന വിശദമായ അഭിപ്രായവും.

എ. ടി. ഒ./ഡി. ടി. ഒ.

- കുറിപ്പ്**
1. ബധിര-മുക്തർക്ക് 50% ത്തിൽ കുറയാത്ത വൈകല്യം ഉണ്ടായിരിക്കണം.
  2. അംഗീകൃത ആശുപത്രിയിലെ ഇ. എൻ. റ്റി. വിഭാഗം അസി. സർജന്റെ റാങ്കിൽ കുറയാത്ത ഡോക്ടറുടെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ആശുപത്രി മേധാവി സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്.
  3. സിറ്റി, ഓർഡിനറി, സിറ്റി ഫാസ്റ്റ് എന്നീ സർവീസ് ബസുകളിൽ സംസ്ഥാനത്തിനകത്തു താമസസ്ഥലം മുതൽ 40 (നാൽപ്പത് ) കി. മീ. ദൂരം വരെ മാത്രമേ യാത്രാസൗജന്യം അനുവദിക്കുകയുള്ളൂ.
  4. നിലവിലുള്ള യാത്ര നിരക്കിന്റെ 50% സൗജന്യം അനുവദിക്കുന്നതാണ്.

# MEDICAL CERTIFICATE

## DISABILITY CERTIFICATE

Sl.No.

Certified that we have examined Shri/Smt. ....

.....  
whose photograph is affixed below and found that he/she is .....

..... and also.

(i) Certify that he/she is Deaf and Dumb to the extent of permanent disability.....

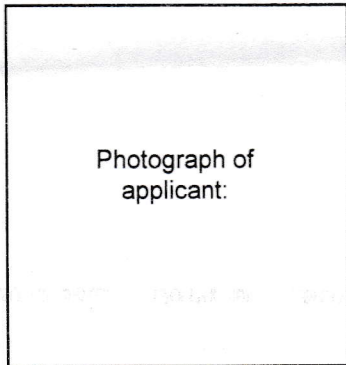
.....%

Identification Marks:

1.

2.

Dr.



Affix office Seal  
on the Photograph

Counter signed by .....

Name of Hospital : .....

Date :