



കേരളാഫെഡറേഷൻ ഓഫ് ദി ബ്ലൈൻഡ്

വഞ്ചിയൂർ പി.ഒ, തിരുവനന്തപുരം-695035

Email:[kfbtvm@gmail.com](mailto:kfbtvm@gmail.com)

Website:[www.kfbindia.com](http://www.kfbindia.com)

അംഗത്വത്തിനുള്ള അപേക്ഷാഫോറം

1. പൂർണ്ണമായ പേരും മേൽവിലാസവും  
(പിൻകോഡ് സഹിതം)

2.താലൂക്ക്

\*3.തിരിച്ചറിയൽ രേഖ

(യു.ഡി.ഐ.ഡി കാർഡ്/ആധാർ നമ്പർ)

:

4.ഫോൺ നമ്പർ

:

വാട്ട്സാപ്പ് നമ്പർ

5.ഇ മെയിൽ വിലാസം

:

\*6. ജനനതീയതിയും വയസ്സും

:

7. പുരുഷൻ/സ്ത്രീ/ഭിന്നലിംഗം

:

8. വിദ്യാഭ്യാസ യോഗ്യത

:

9.ബ്ലഡ് ഗ്രൂപ്പ്

:

10. തൊഴിൽ/തൊഴിൽരഹിതൻ

:

(ഔദ്യോഗിക മേൽവിലാസം)

11. തൊഴിൽപരമായ യോഗ്യത സംബന്ധിച്ചുള്ള

വിശദാംശം(തൊഴിൽപരിശീലനം,

തൊഴിൽപരിചയം തുടങ്ങിയവ)

:

12. കാഴ്ചാപരിമിതി സംബന്ധിക്കുന്ന വിശദാംശം

:

(1) കാരണം

(2) സംഭവിച്ച പ്രായം

(3) പൂർണ്ണമോ ഭാഗികമോ(ശതമാനക്കണക്കിൽ)

13. പിതാവിന്റെ/മാതാവിന്റെ/രക്ഷകർത്താവിന്റെ പേര്

:

(1) തൊഴിൽ

(2) വാർഷിക വരുമാനം

#### പ്രതിജ്ഞ

1.ഞാൻ കേരളാഫെഡറേഷൻ ഓഫ് ദി ബ്ലൈൻഡിന്റെ ഭരണഘടനയ്ക്ക് അനുസൃതമായി പ്രവർത്തിക്കുന്നതാണ്.

2. ഞാൻ എല്ലാ സാഹചര്യങ്ങളിലും അവസ്ഥകളിലും കേരളാഫെഡറേഷൻ ഓഫ് ദി ബ്ലൈൻഡിന്റെ നിയമങ്ങൾക്കും ചട്ടങ്ങൾക്കും വിധേയമായി പ്രവർത്തിക്കുന്നതാണ്.

3. ഞാൻ കാഴ്ചയില്ലാത്തവരുടേയോ കാഴ്ചയില്ലാത്തവർ ഉൾപ്പെടെയുള്ള ഭിന്നശേഷിക്കാരുടേയോ ക്ഷേമം ലക്ഷ്യമാക്കിയിട്ടുള്ളതും കെ.എഫ്.ബി പ്രവർത്തനങ്ങൾക്ക് സഹനമായ പ്രവർത്തനങ്ങൾ നടത്തുന്നതുമായ മറ്റൊരു രജിസ്ട്രേഡ് ചാരിറ്റബിൾ സൊസൈറ്റിയിലോ ട്രസ്റ്റിലോ സഹകരണ സംഘത്തിലോ അംഗമല്ല. ഇനി അംഗത്വം എടുക്കുന്നതുമല്ല.

4. കേരളത്തിലെ കാഴ്ചയില്ലാത്തവർക്കു വേണ്ടി കെ.എഫ്.ബി നടത്തുന്ന എല്ലാ യത്നങ്ങളോടും സർവ്വാരത്ന സഹകരിക്കുന്നതാണ്..

മേൽ സൂചിപ്പിച്ച കാര്യങ്ങൾ സത്യസന്ധമായാണ് എന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രതിജ്ഞ ചെയ്യുന്നു.

സ്ഥലം

തീയതി

ഒപ്പ്/ഇടതുകൈയുടെ പെരുവിരൽ അടയാളം

**ജില്ലാകമ്മിറ്റിയുടെ ശുപാർശ**

.....ജില്ലയിൽ.....താലൂക്കിൽ

.....വില്ലേജിൽ.....വാർഡിൽ

.....വീട്ടിൽ ശ്രീമാൻ/ശ്രീമതി ..... അന്വേഷണത്തിൽ നിന്നും അപേക്ഷകൻ സമർപ്പിച്ചിട്ടുള്ള രേഖകൾ പരിശോധിച്ചതിൽ നിന്നും സൂചിപ്പിച്ചിട്ടുള്ള കാര്യങ്ങൾ തികച്ചും സത്യസന്ധമാണെന്ന് ജില്ലാകമ്മിറ്റിക്ക് ബോധ്യപ്പെട്ടിരിക്കുന്നതിനാൽ കെ.എഫ്.ബി യുടെ നിയമാവിലി അനുസരിച്ച് അപേക്ഷകന് അംഗത്വം നൽകാവുന്നതാണെന്ന് ശുപാർശ ചെയ്യുന്നു.

സ്ഥലം

തീയതി

പേര്, ഒപ്പ്

ജില്ലാപ്രസിഡന്റ്/സെക്രട്ടറി സീൽ

അംഗത്വം അംഗീകരിക്കൽ

ജനറൽസെക്രട്ടറി

**നിബന്ധനകൾ**

1. സാധാരണ അംഗങ്ങൾ (ordinary members) 18 വയസ്സ് പൂർത്തിയായവരും യഥാക്രമം നിയമാനുസൃതമുള്ള മെഡിക്കൽ ബോർഡ് സർട്ടിഫിക്കറ്റോ, യു.ഡി.ഐ.ഡി കാർഡോ പ്രകാരം 80%മോ അതിലധികമോ കാഴ്ചാപരിമിതി ഉള്ളവരും സംസ്ഥാനത്ത് സ്ഥിരം മേൽവിലാസം ഉള്ളവരും 75 രൂപ വാർഷിക വരിസംഖ്യ നൽകുന്നതുമായ ഏതൊരു വ്യക്തിക്കും കെ.എഫ്.ബി യുടെ സാധാരണ അംഗമാകാം.
2. ജൂനിയർ അംഗങ്ങൾ 14 വയസ്സിനും 18 വയസ്സിനും ഇടയിൽ പ്രായമുള്ളവരും യഥാക്രമം നിയമാനുസൃതമുള്ള മെഡിക്കൽ ബോർഡ് സർട്ടിഫിക്കറ്റോ, യു.ഡി.ഐ.ഡി കാർഡോ പ്രകാരം 80%മോ അതിലധികമോ കാഴ്ചാപരിമിതി ഉള്ളവരും സംസ്ഥാനത്ത് സ്ഥിരം മേൽവിലാസം ഉള്ളവരും 100 രൂപ അംഗത്വ ഫീസായി നൽകുന്നവരുമായ ഏതൊരു വ്യക്തിക്കും കെ.എഫ്.ബി യുടെ ജൂനിയർ അംഗമാകാം. ജൂനിയർ അംഗത്തിന് അംഗത്വ ഫീസ് ഒറ്റത്തവണ അടച്ചാൽ മതിയാകും.
3. നിശ്ചിത സ്ഥലത്ത് പാസ്പോർട്ട് സൈസ് ഫോട്ടോ പതിച്ചിരിക്കണം.
4. അപേക്ഷയോടൊപ്പം അംഗീകൃത മെഡിക്കൽ ബോർഡ് സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ പകർപ്പോ യു.ഡി.ഐ.ഡി കാർഡിന്റെ പകർപ്പോ ഹാജരാക്കണം.