

നം.ഐ.ഇ.ഡി./32916/08/ഡി.പി.ഐ.

വിദ്യാഭ്യാസ ഡയറക്ടറേറ്റ്,
തിരുവനന്തപുരം, തീയതി 29.09.2009

സർക്കുലർ

വിഷയം- സംയോജിത വിദ്യാഭ്യാസ പദ്ധതി (2009-10) യിൻ കീഴിൽ (IEDSS) പ്രത്യേക പരിഗണന അർഹിക്കുന്ന വിദ്യാർത്ഥികൾക്ക് സഹായോപകരണങ്ങൾക്കുള്ള സാമ്പത്തിക സഹായം നൽകുന്നത് - സംബന്ധിച്ച്.

സൂചന - സർക്കുലർ നം.ഐ.ഇ.ഡി./42548/09/ഡി.പി.ഐ തീയതി 04/7/2009

മേൽസൂചനപ്രകാരം, പ്രത്യേക പരിഗണന അർഹിക്കുന്ന കുട്ടികളെ കണ്ടെത്തുന്നതിനുള്ള വൈദ്യപരിശോധനാ ക്യാമ്പ് നടത്തുന്നതിനും, 9-10 ക്ലാസുകളിലെ സഹായം ആവശ്യമായ കുട്ടികളുടെ പട്ടിക ജില്ലാ വിദ്യാഭ്യാസ ഓഫീസർമാർ വഴിയും 11-12 ക്ലാസുകളിലേക്ക് ഹയർ സെക്കണ്ടറി ആർഡിഡി-മാർ വഴിയും, VHSE-യിലേക്ക് അതത് അസിസ്റ്റന്റ് ഡയറക്ടർമാർ വഴിയും നൽകുന്നതിനും ആവശ്യപ്പെട്ടിരുന്നു.

വൈദ്യപരിശോധനാക്യാമ്പിൽ നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടതനുസരിച്ചുള്ള സഹായോപകരണങ്ങൾ ആവശ്യമായ കുട്ടികളുടെ പട്ടിക മേൽനിർദ്ദേശിച്ചപ്രകാരം അടിയന്തിരമായി ഈ ഓഫീസിൽ ബന്ധപ്പെട്ട ഓഫീസുകൾ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. കുട്ടികളുടെ പട്ടിക ആർഡിഡി-മാരും, അസി.ഡയറക്ടർമാരും ജില്ലാ വിദ്യാഭ്യാസ ഓഫീസിൽനിന്നും ശേഖരിക്കേണ്ടതാണ്. 9-12 (VHSE ഉൾപ്പെടെ) ക്ലാസുകളിലെ വിദ്യാർത്ഥികൾക്ക് മാത്രമേ ഈ സഹായം ലഭിക്കുകയുള്ളൂ.

ബ്ലൈൻഡ്, ലോ വിഷൻ, ഹിയറിംഗ് ഇംപയർമൻറ്, ലോക്കോ മോട്ടർ ഡിസബിലിറ്റി എന്നീ വിഭാഗങ്ങളിൽപ്പെടുന്നവർക്കാണ് സഹായം ലഭിക്കുക. ലഭിക്കുന്ന ഉപകരണങ്ങളുടെ പട്ടിക ഇതോടൊപ്പം ചേർക്കുന്നു.

ഇതോടൊപ്പം നൽകുന്ന പ്രമോർമയും ഉപകരണങ്ങളുടെ പട്ടികയും, എല്ലാ ഹൈസ്കൂൾ/ഹയർ സെക്കണ്ടറി/വി.എച്ച്.എസ്.എസ്. സ്കൂളുകൾക്കും നൽകി, ഒക്ടോബർ 16 നു മുമ്പായി ശേഖരിച്ച് കൺസോളിഡേറ്റ് ചെയ്ത് ഒക്ടോബർ 24 നു മുമ്പായി നിർബന്ധമായും ഈ ഓഫീസിൽ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. ഈ തീയതിക്കു ശേഷം ലഭിക്കുന്ന അപേക്ഷകൾ ഒരു കാരണവശാലും സ്വീകരിക്കുന്നതല്ല. ഏതെങ്കിലും അർഹരായ കുട്ടികൾക്ക് സഹായം ലഭിക്കാതെ വരികയാണെങ്കിൽ അതിന്റെ പൂർണ്ണ ഉത്തരവാദിത്തം അതത് ഓഫീസുകൾക്ക് മാത്രമായിരിക്കും.

വിശ്വസ്തയോടെ,

ഡപ്യൂട്ടി ഡയറക്ടർ (ഐ.ഇ.ഡി.)

പകർപ്പ്:

- എല്ലാ വിദ്യാഭ്യാസ ഡപ്യൂട്ടി ഡയറക്ടർമാർക്കും
- ഡയറക്ടർ (ഹയർ സെക്കണ്ടറി എഡ്യൂക്കേഷൻ)
- ഡയറക്ടർ (വി.എച്ച്.എസ്.ഇ.)
- എല്ലാ ജില്ലാ വിദ്യാഭ്യാസ ഓഫീസർമാർക്കും
- എല്ലാ ഹയർ സെക്കണ്ടറി ആർഡിഡിമാർക്കും
- എല്ലാ വി.എച്ച്.എസ്.ഇ. അസി.ഡയറക്ടർമാർക്കും

CONSOLIDATED LIST

Total No. of Schools which require equipments
Total number of students require equipments:
Break-up

[illegible]

	Assistive Devices required (ITEM-WISE)	
Category		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		
33.		
34.		
35.		
36.		
37.		
38.		
39.		
40.		
41.		
42.		
43.		
44.		
45.		
46.		
47.		
48.		
49.		
50.		
51.		
52.		
53.		
54.		
55.		
56.		
57.		
58.		
59.		
60.		
61.		
62.		
63.		
64.		
65.		
66.		
67.		
68.		
69.		
70.		
71.		
72.		
73.		
74.		
75.		
76.		
77.		
78.		
79.		
80.		
81.		
82.		
83.		
84.		
85.		
86.		
87.		
88.		
89.		
90.		
91.		
92.		
93.		
94.		
95.		
96.		
97.		
98.		
99.		
100.		

S.No.	Item	Total no. of equipments	Area of Disability	Approx. amount required (Rs.)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
			TOTAL	

Date:

Name and Designation with Office Seal

Note: List of students eligible for equipments should be enclosed.
Last date for submission: 15.08.2022

Last date for submission is 24/10/2009. Date will not be extended at any circumstances.

LIST OF EQUIPMENTS TO CWSN
2009-10

S.No.	Area of Disability	Equipments for individuals (As per requirement)
1	Loco Motor Disability (LMD)	i) Adjustable furniture (chair with writing board etc.) ii) Special writing thick pen iii) Calipers iv) Shoes/chappals v) Wheel Chair vi) Walker vii) crutches
2	Blindness	i. Braille Slate and stylus ii. Abacus iii. Tailor frame iv. Mobility Canes v. Spectacles vi. Geometrical shapes vii. Geometrical devices viii. Pocket braille
3	Low Vision	i. Hand magnifiers to be used with spectacles ii. Portable reading lamps iii. Reading stand
4	Hearing impaired	i. Individual Hearing Aids



Deputy Director (IED)

**LIST OF EQUIPMENTS TO
CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS 2009-10**

Name of School with Phone No. _____ :

Name of DEO / RDD (HSE) / Asst. Director (VHSE) : _____

S.No.	Name of Student	Area of Disability	Std.	Boy/ Girl	Category				Name of Assistive Device required	Approx. Amount required (Rs.)
					Gen	SC	ST	Min	OBC	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
TOTAL										

Total no. of assistive devices (item-wise):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Place: _____

Date: _____

Name & Designation of Head of institution
with Office Seal

Note: This proforma should be filled and reached the DEO concerned on or before 16/10/2009. The date will not be extended under any circumstances. Separate proforma should be used for HS, HSS and VHSE. Students under the category of Blindness, Low Vision, Hearing Impairment and Loco Motor Disability (LMD) from IX to XII and VHSE are eligible for this assistance.