

ക്ഷീരവികസന വകുപ്പ് -വാർഷിക പദ്ധതി 2020-2021
സബ്സിഡി നിരക്കിൽ കാലിത്തീറ്റ വിതരണം - കോവിഡ് 19 ദുരിതാശ്വാസ പദ്ധതി
(FORM B : ക്ഷീരകർഷകൻ ക്ഷീരസംഘം സെക്രട്ടറിക്ക് സമർപ്പിക്കേണ്ടത്)

ജില്ല : കോഴിക്കോട് ബ്ലോക്ക് : കൊടുവള്ളി ക്ഷീരസംഘം :

| | | | |
|----|---|---|---------------------|
| 1. | കർഷകന്റെ പേര് | : | ശ്രീ/ശ്രീമതി : |
| 2. | കർഷകന്റെ മേൽവിലാസം | : | |
| 3. | തൊഴിലന്തരം നം. | : | |
| 4. | ക്ഷീരസംഘത്തിൽ അംഗമാണോ? ആണെങ്കിൽ അംഗത്വ നം. | : | |
| 5. | ക്ഷീരവികസന വകുപ്പിന്റെ ഡി.ബി.റ്റി. പദ്ധതിയിൽ രജിസ്റ്റർ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ യു.ഐ.സി. നം. (11 അക്കം) | : | |
| 6. | നിലവിൽ വളർത്തുന്ന ഉരുകളുടെ എണ്ണം? | : | |
| | എരുമകൾ | : | |
| | കറവപ്പശുക്കൾ | : | |
| | കിടാതികൾ | : | |
| | കന്നുകുട്ടികൾ | : | |
| 7. | വകുപ്പിന്റെ കാലിത്തീറ്റ സബ്സിഡി പദ്ധതി മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ പാലിക്കുവാൻ തയ്യാറാണോ? | : | അതെ/അല്ല |
| 8. | മുൻഗണനയിൽ ഉള്ള കാലിത്തീറ്റ ബ്രാന്റ് | : | കേരളാ ഫീഡ്സ് / മിൽമ |

മേൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ സത്യം ആണെന്നും ക്ഷീരവികസന വകുപ്പിന്റെ 2020-2021 വർഷത്തെ കാലിത്തീറ്റ സബ്സിഡി പദ്ധതിയിൽ ഗുണഭോക്താവായി തിരഞ്ഞെടുക്കുന്ന പക്ഷം വകുപ്പിന്റെ പദ്ധതി മാർഗ്ഗ നിർദ്ദേശങ്ങൾ പാലിക്കുന്നതായിരിക്കും എന്നും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം :
തിയ്യതി : ഗുണഭോക്താവിന്റെ ഒപ്പും പേരും

ക്ഷീരസംഘം സെക്രട്ടറി പുരിപ്പിക്കേണ്ടത്

| | | | |
|----|---|---|--------------|
| 1. | ക്ഷീരസംഘത്തിൽ ടി അംഗം ഏപ്രിൽ മാസം അളന്ന പാൽ (ലിറ്റർ) | : | ലിറ്റർ |
| 2. | ക്ഷീരസംഘത്തിൽ ടി അംഗം 2020 ഏപ്രിൽ മാസം അളന്ന പ്രതിദിന ശരാശരി പാലളവ് (ലിറ്റർ) | : | ലിറ്റർ |
| 3. | കോവിഡ് 19 ദുരിതാശ്വാസ കാലിത്തീറ്റ സബ്സിഡി പദ്ധതി (2020-21) പ്രകാരം സബ്സിഡി നിരക്കിൽ അർഹതപ്പെട്ട കാലിത്തീറ്റ ചാക്കുകളുടെ എണ്ണം | : | ചാക്ക് |

മേൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ സംഘം രേഖകൾ പ്രകാരം സത്യം ആണെന്നും ക്ഷീരവികസന വകുപ്പിന്റെ 2020-21 വർഷത്തെ കാലിത്തീറ്റ സബ്സിഡി പദ്ധതിയിൽ ഗുണഭോക്താവായി തിരഞ്ഞെടുക്കപ്പെടുവാൻ ശ്രീ/ശ്രീമതി.....യ്ക്ക് അർഹതയുണ്ട് എന്നും ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം :
തിയ്യതി : **ക്ഷീരസംഘം സീൽ** **സംഘം സെക്രട്ടറിയുടെ ഒപ്പും പേരും**