

श्री साईबाबा संस्थान विश्वस्तव्यवस्था, शिर्डी
मु.पो.शिर्डी, ता.राहाता, जि.अहमदनगर - ४२३ १०९.
दुरध्वनी क्रमांक :- (०२४२३) २५८५००, २५८५५०.
Email: saibaba@sai.org.in

(वैद्यकीय आर्थिक अनुदान)
अर्जदार / रुग्णांसाठी सूचना.

वैद्यकीय आर्थिक अनुदान मागणी अर्जासोबत आवश्यक असणारी कागदपत्रे

अर्ज पाठवितांना पाकीटावर " वैद्यकीय आर्थिक अनुदानासाठी अर्ज " असा स्पष्ट उल्लेख करावा.

- १) अनुदान मागणी अर्ज – अर्जदार हा रेशनकार्डमध्ये असलेल्या नावापैकी एक व्यक्ती असावा.
- २) रेशनकार्ड – रेशनकार्डची प्रमाणीत केलेली झेरॉक्स प्रत.
- ३) उत्पन्नाचा दाखला – चालु तारखेचे, गेल्या आर्थिक वर्षाचे मा.तहसिलदार यांची स्वाक्षरी असलेले रु १,००,०००/- किंवा त्याचे आतील वार्षिक उत्पन्नाचे प्रमाणपत्र, या प्रमाणपत्राची प्रमाणीत केलेली झेरॉक्स प्रत.
- ४) रुग्णालयाचे प्रमाणपत्र – रुग्णालयाच्या लेटरहेडवर खर्च, खर्चाची रक्कम अंकी व अक्षरी, शस्त्रक्रिया असेल तर शस्त्रक्रियेची तारीख / उपचार असेल तर उपचाराचा कालावधी, उपचाराचा तपशीलवार खर्च घ्यावा. तसेच सदर रुग्ण " महात्मा जोतिबा फुले जन आरोग्य योजनेचा लाभार्थी नाही." असा स्पष्ट उल्लेख असावा. या प्रमाणपत्रावर संबंधीत डॉक्टरांचे नाव, पदवी, डॉक्टरांचा रजि.नंबर, सही, व शिक्का आवश्यक आहे. सदर प्रमाणपत्रावर फॉर डॉक्टरांची सही नसावी. या प्रमाणपत्राची प्रमाणीत केलेली झेरॉक्स प्रत.
- ५) उत्पन्नाबाबतचे प्रतिज्ञापत्र (अॅफिडेव्हिट) : – प्रतिज्ञापत्र हे रुग्ण अगर रुग्णांचे कुटुंबातील व्यक्तीने मा.तहसिलदार किंवा नोटरी यांचे स्वाक्षरीने करावे. यामध्ये रेशनकार्डमधील सर्व व्यक्तींची संपुर्ण नावे, वय, नातेसंबंध, व्यवसाय, वार्षिक उत्पन्न व रुग्ण शासनाच्या " महात्मा जोतिबा फुले जन आरोग्य योजनेचा लाभार्थी नाही." या बाबतचा उल्लेख असावा. या प्रतिज्ञापत्राची प्रमाणीत केलेली झेरॉक्स प्रत.

- टिप -** १. रुग्ण शासनाच्या " महात्मा जोतिबा फुले जन आरोग्य योजनेचा" लाभार्थी असल्यास संस्थानमार्फत अनुदान दिले जात नाही.
२. अनुदान हे केवळ भारतातील सरकारी, जिल्हा परिषद वा म्युनिसिपल रुग्णालय, सार्वजनिक धर्मादाय न्यासाने चालविलेले रुग्णालय, सार्वजनिक लिमिटेड कंपनी (**Public Limited Company**) यांनी चालविलेले रुग्णालय अगर सहकारी संस्था (**Co. Operative Society**) यांनी चालविलेले रुग्णालय यातील उपचार / शस्त्रक्रियेवरील खर्चापोटीच देण्यात येते. मात्र या रुग्णालयाची संस्थानचे दफ्तरी नोंद असणे आवश्यक आहे. खाजगी रुग्णालयाचे नावे अगर रुग्णाचे वैयक्तिक नावाने अनुदान देण्यात येत नाही.
 ३. वरील सर्व कागदपत्राची पूर्तता शस्त्रक्रियेच्या तारखेपासून (३०) तीस दिवसाच्या आत करावी अन्यथा अर्ज नामंजूर होईल.

पत्रव्यवहारासाठी पत्ता- श्री साईबाबा संस्थान विश्वस्तव्यवस्था, शिर्डी, श्री साईनाथ रुग्णालय (वैद्यकीय आर्थिक अनुदान विभाग)
२०० रुम, पिन.- ४२३ १०९. ता.राहाता, जि.अहमदनगर. **दुरध्वनी क्र. (०२४२३) २५८५५०.**

श्री साईबाबा संस्थान विश्वस्तव्यवस्था, शिर्डी,

अनुदान विभागामार्फत फक्त खालील आठ (०८) आजारांवरील शस्त्रक्रिया व उपचारांसाठी आर्थिक अनुदान दिले जाते.

- १) हृदयशस्त्रक्रिया व नंतरचे उपचार.
- २) किडनी डायलेसिस, प्रत्यारोपन व नंतरचे उपचार.
- ३) मेंदुची शस्त्रक्रिया व नंतरचे उपचार.
- ४) कर्करोगासंबंधी उपचार, शस्त्रक्रिया व नंतरचे उपचार.
- ५) रक्तासंबंधीचे आजार (उदा. हिमोफेलिया)
- ६) जी.बी.एस. (Guillain Barre Syndrome)
- ७) मणका शस्त्रक्रिया व नंतरचे उपचार.
- ८) कॉक्लीअर इम्प्लान्ट

मुख्य कार्यकारी अधिकारी,
श्री साईबाबा संस्थान विश्वस्तव्यवस्था, शिर्डी.

दि. / /२०१

प्रति,
मा.मुख्य कार्यकारी अधिकारी,
श्री साईबाबा संस्थान विश्वस्तव्यवस्था,शिर्डी.

विषय :- वैद्यकीय आर्थिक अनुदान मिळणेबाबत....

महोदय,

- १) अर्जदार पुर्ण नांव :-----
२) पुर्ण पत्ता :-----
३) रुग्णाचे संपुर्ण नांव :-----, ४) रुग्णाचे वय :-----
५) अर्जदाराशी रुग्णाचे नाते :-----, ६) रुग्णाचा व्यवसाय :-----, ७) वार्षिक उत्पन्न :-----
८) आजाराचे स्वरूप :-----, ९) सुचविलेले उपचार :-----
१०) शस्त्रक्रिया तारीख / उपचार कालावधी :- मो.नं.-----
११) उपचारासाठी येणारा खर्च :- सोबत रुग्णालय खर्चाचे प्रमाणपत्र जोडलेले आहे. / नाही.
१२) उपचार चालू असलेल्या रुग्णालयाचे नांव :-----
१३) मी या उपचारासाठी किंवा इतर उपचारासाठी पुर्वी संस्थानकडे अर्ज केलेला आहे / नाही.
१४) मला या उपचारासाठी महात्मा ज्योतीबा फुले जन आरोग्य योजनेचा लाभ मिळालेला आहे / नाही.
१५) अर्जासोबत रेशनकार्डची प्रमाणित केलेली झेरॉक्स प्रत जोडलेली आहे / नाही.
१६) उत्पन्नाचे प्रमाणपत्र मुळप्रत / प्रमाणित (अॅटेस्टेड) केलेली झेरॉक्स प्रत जोडलेली आहे / नाही.
१७) उत्पन्नाचे प्रतिज्ञापत्र मुळप्रत / प्रमाणित (अॅटेस्टेड) केलेली झेरॉक्स प्रत जोडलेली आहे / नाही.
१८) रुग्णाचे कुटुंबाची माहिती :-

अ.नं.	नांव	वय	नाते	व्यवसाय	वार्षिक उत्पन्न
१)					
२)					
३)					
४)					
५)					
६)					
७)					

तरी कृपया मला आपण जास्तीत जास्त आर्थिक मदत मंजूर करून अनुदान रकमेचा धनाकर्ष / धनादेश वरील रुग्णालयाच्या नावे पाठवावा, ही नम्र विनंती.

आपला विश्वासु,

अर्जदाराची सही :-

अर्जदाराचे नांव :-----

टिप : प्रस्तावित उपचार हे संस्थानचे शिर्डी येथील श्री साईनाथ रुग्णालयात होत असलेस आर्थिक मदत दिली जाणार नाही.

रुग्णालयाचे लेटरहेडवर आवश्यक असलेल्या प्रमाणपत्राचा नमुना.

ESTIMATE CERTIFICATE

TO WHOM SO EVER IT MAY BE CONCERN

DATE :- / /201

This is to certify that,

Mr./Mrs./Smt.-----Age-----Male/Female-----

Address-----

Is suffering from-----

He / She needs----- surgery at our hospital.

Period of treatment is-----

The approximate expenses / cost of the procedure would be Rs.-----

(Rs. In words -----)

The surgery will be arranged on (Date)-----,(Day)-----

The DD / Cheque/ RTGS /NEFT may please be drawn in favor of -----

This Patient is BENEFICIARY OF MAHATAMA JYOTIBA PHULE JAN AROGYA YOJNA

SCHEME : - YES / NO.

Dr. Sign. (No for Dr. Sign.)

Dr. Name, Reg. No & Stamp,

Hospital Seal.

प्रतिज्ञापत्राचा नमुना

दि. / /२०१

मा.कार्यकारी दंडाधिकारी साहेब / नोटरी ----- यांचे समोर

मी श्री. / श्रीमती ----- वय ----- व्यवसाय ----- पत्ता

संपर्कासाठी दुरध्वनी / भ्रमणध्वनी क्रमांक -----

कारणे सत्य प्रतिज्ञेवर प्रतिज्ञापत्र लिहून देतो की, मी वरील ठिकाणचा रहिवासी असून माझा / माझी (नाते)-----
 नामे ----- हा / ही -----या
 आजाराने ग्रस्त असून त्यांची शस्त्रक्रिया / उपचार ----- या रुग्णालयात दि.
 / /२० रोजी होणार आहे / झालेली आहे. सदर शस्त्रक्रिया / उपचाराकरिता रु. ----- खर्च अपेक्षित झालेला आहे.

माझे कुटुंबाची माहिती खालीलप्रमाणे आहे.

अ.नं.	नांव	वय	नाते	व्यवसाय	वार्षिक उत्पन्न
१)					
२)					
३)					
४)					
५)					
६)					
७)					

वरीलप्रमाणे माझे कुटुंबात व्यक्ती असून माझे कुटुंबाचे सर्व मार्गाने मिळणारे वार्षिक उत्पन्न रु. ----- /-

(अक्षरी रु. मात्र) आहे.

मी शासनाच्या महात्मा ज्योतीबा फुले जन आरोग्य योजनेचा लाभ घेतलेला नाही. सदरचे प्रतिज्ञापत्र मला वैद्यकीय कारणांसाठी अनुदान मिळणेकामी करित आहे. संस्थान निधीचा वैद्यकीय कारणांसाठी वापर झालेबाबत अवगत करणेबाबत मी बांधील राहिल. वरील सर्व माहिती सत्य व बरोबर असून ती खोटी अगर चुकीची आढळून आल्यास भा.दं.वि.कलम १९३ (२), १९९, २०० अंतर्गत होणा-या शिक्षेस व दंडास मी पात्र राहिन याची मला जाणीव आहे.

ओळख / साक्षीदार

सही :-

प्रतिज्ञापत्र करणा-याची स्वाक्षरी

नाव :-

पत्ता :-

(मा.तहसिलदार अथवा मा.नोटरी यांचा सही – शिक्का)