

Employee Form Submission Date: _____

Unit Office Submission Date: _____

DG Office Submission Date: _____

महाराष्ट्र पोलिस कुटुंब आरोग्य योजना
सदस्यत्व नोंदणी नमुना

नाव :

स्वतःचे नाव

वडिलांचे नाव / पतीचे नाव

आडनाव

भ.नि.क्र. :

जन्म दिनांक:

सेवानिवृत्त दिनांक:

नियुक्तीचे ठिकाण पदनाम बककल क्रमांक

अधिकारी / कर्मचारी यांचेवर अवलंबून असलेल्यांची माहिती

अ.क्र.	नाव	नाते	जन्म तारीख/वय
		पत्नी/पती	
		१ ले अपत्य	
		२ रे अपत्य	
		३ रे अपत्य (दि. ०१ मे २००१ रोजी किंवा तत्पुर्वीचे)	
		आई / सासू	
		वडिल / सासरे	

खालील भागात छायाचित्र चिकटवावीत

अधिकारी /
कर्मचारीपत्नी
/ पती

१ ले अपत्य

२ रे अपत्य

३ रे अपत्य (दि.
०१ मे २००१ रोजी
किंवा तत्पुर्वीचे)आई
/ सासूवडिल
/ सासरे

स्वाक्षरी

अधिकारी / कर्मचारी स्वाक्षरी

टिप : १) सभासदास दोन पेक्षा जास्त अपत्य असतील तर कुटुंब नियोजन केल्याचे प्रमाणपत्र जोडणे आवश्यक आहे.

२) सभासदाने जुळ्या अपत्यांची माहिती देणे आवश्यक आहे.

३) अर्जावर रंगीत छायाचित्र लावावे. तसेच अर्जासोबत अतिरिक्त छायाचित्रांचा एक संच जोडावा.

४) अर्जमधील माहिती काळ्या शाईने भरावी व नावे इंग्रजीमध्ये लिहावीत.

५) अर्जदाराने इतर कुटुंबीयांचे ओळखपत्रासाठी अर्ज करतेवेळी स्वतःचे मपोकुआयोचे ओळखपत्राची

छायांकित प्रत जोडणे आवश्यक आहे.

कृ. मा. प.

कर्मचारी/अधिकारी सदस्यांचे संमतीपत्र

मी असे जाहीर करतो की, वैद्यकीय प्रतिपूर्तीबाबत नियमानुसार माझी व आर्थिकदृष्ट्या पूर्ण माझ्यावर अवलंबून असलेल्या कुटुंबियांची मागे नमुद केलेली माहिती पूर्णपणे खरी व बरोबर आहे. (अवलंबून असलेले आई वडील (महिला कर्मचाऱ्यांच्याबाबतची सासू सासरे) यांना निवृत्ती वेतन मिळत असेल / नसेल तरी अन्य मार्गांनी उत्पन्न मिळत असेल किंवा निवृत्ती वेतनासह अन्य मार्गांनीही उत्पन्न मिळत असेल तरी अशा सर्व प्रकरणी उपचार घेतेवेळी त्यांचे सर्व मागनि मिळणारे एकूण उत्पन्न हे दरमहा रु. १५००/- इतके मूळ निवृत्ती वेतन घेणाऱ्या सेवानिवृत्त राज्य शासकीय कर्मचाऱ्याला मिळणाऱ्या वित्तलब्धीच्या मर्यादित (म्हणजेच रु. १५००/- अधिक त्यावरील उपचार सुरू करण्याच्या दिनांकास अनुज्ञेय असणारी महागाईवाढ) इतकेच आहे.

मी वर नमुद दिलेली माहिती खोटी असल्याचे आढळून आल्यास, केलेल्या औषधोपचाराची संपूर्ण रक्कम एकरकमी भरण्यास मी तयार आहे. तसेच खोटी माहिती पुरविल्याबद्दल माझ्याबद्दल योग्य ती कायदेशीर कारवाई करण्यात येईल याची मला जाणीव असून त्याबद्दल मी स्वतः पूर्ण जबाबदार राहीन. तसेच रूग्णालय सोडताना मी वैद्यकीय प्रतिपूर्तीसाठी आवश्यक असलेल्या सर्व कागदपत्रांवर स्वाक्षरी करीन, मी स्वाक्षरी न केल्याने वैद्यकीय देयके वेळेत मंजूर न झाल्यास, घेतलेल्या औषधोपचाराची संपूर्ण रक्कम एकरकमी माझ्या पगारातून कापून घेण्यात येईल याची मला समज मिळाली आहे.

नियम व अटी

- १) महाराष्ट्र पोलीस कुटुंब आरोग्य योजनेचे खालील नियम मला मान्य आहेत.
- २) महाराष्ट्र शासनाने जाहीर केल्याप्रमाणे माझ्यावर अवलंबून असणाऱ्या व्यक्तीच्या वैद्यकीय खर्चाच्या प्रतिपूर्ती देय राहिल. (यामध्ये पती/पत्नी, पहिली दोन मुले, दि. १ मे २००१ रोजीचे किंवा तत्पूर्वीचे ३ रे अपत्य, अवलंबून असणारे आई वडील, महिला कर्मचाऱ्यांच्याबाबतीत आई/वडील किंवा सासू/सासरे). राज्य/केंद्र सरकारी व निमसरकारी सेवेतून सेवानिवृत्त झालेले असल्यास व त्यांना निवृत्ती वेतन मिळत असेल/नसेल तरी अन्य मार्गांनी उत्पन्न मिळत असेल किंवा निवृत्ती वेतनासह अन्य मार्गांनीही उत्पन्न मिळत असेल तरी अशा सर्व प्रकरणी उपचार घेतेवेळी त्यांचे सर्व मागनि मिळणारे एकूण उत्पन्न हे दरमहा रु. १५००/- इतके मूळ निवृत्तीवेतन घेणाऱ्या सेवानिवृत्त राज्य शासकीय कर्मचाऱ्याला मिळणाऱ्या वित्तलब्धीच्या मर्यादित (म्हणजे रु. १५००/- अधिक त्यावरील उपचार सुरू करण्याच्या दिनांकास अनुज्ञेय असणारी महागाईवाढ) इतकेच आहे. त्यापेक्षा जास्त असल्यास त्यांना या योजनेचा लाभ देता येणार नाही. याची सभासदाने नोंद घ्यावी.
- ३) शासनाकडून होणाऱ्या वैद्यकीय खर्चाच्या प्रतिपूर्तीची रक्कम योजनेच्या बँक खात्यामध्ये जमा होईल
- ४) मला माझ्या पदानुसार पात्र असणाऱ्या वर्गामध्ये प्रवेश घेवून तिथे औषधोपचार घेईन. मला मात्र नसणाऱ्या वर्गामध्ये प्रवेश घेतल्यास जी फरकाची रक्कम येईल ती मी भरण्यास बांधील आहे. (अशा रक्कमेची प्रतिपूर्ती देय नाही)
- ५) सदर योजनेचा लाभ १९ मार्च २००५ नुसार जाहीर केलेल्या २७ आकस्मिक व ५ गंभीर आजारांसाठी आहे याची मला माहिती आहे.
- ६) जर मी दिलेली माहिती असत्य असल्यास माझे सभासदत्व रद्द करून मला वैद्यकीय खर्चाची प्रतिपूर्ती देय राहणार नाही याची मला जाणीव आहे.

समक्ष

अधिकारी / कर्मचारी यांची स्वाक्षरी

संबंधित प्राधिकृत प्रभारी अधिकारी