



श्री सिद्धिविनायक गणपती मंदिर न्यास प्रभादेवी, मुंबई, पडताळणी समितीने निर्धारित केलेले वैद्यकीय अनुदानाचे निकष

- १. अर्ज (Application Letter)
- अर्जासोबत न्यासाकडून पुरविण्यात येणाऱ्या विहित नमुन्यात माहिती भरून द्यावी. रुग्णांने अथवा त्याच्या वतीने नजीकचे नातेवाईक (पती, पत्नी, आई, वडील, मुलगा, मुलगी, भाऊ, अविवाहित बहिण) यांनी अर्ज सादर करावा. येताना स्वतःचे ओळखपत्र, वैद्यकीय प्रमाणपत्र, उत्पन्नाचा दाखला व शिधापत्रिका यांच्या मूळ प्रती (Original) दाखविण्यासाठी आणणे गरजेचे आहे.
- २. वैद्यकीय प्रमाणपत्र (Estimate Certificate From Hospital)
- वैद्यकीय खर्चाचे प्रमाणपत्र सरकारी अथवा निमसरकारी रुग्णालयाचे असणे जरूरीचे आहे. प्रमाणपत्र खाजगी रुग्णालयाचे असल्यास उपचार, शस्त्रक्रिया वगैरे सरकारी अथवा निमसरकारी रुग्णालयातून घेण्याऐवजी खाजगी रुग्णालयातून करवून घेण्याची विश्वासाह व समर्थनीय कारणे अर्जदाराने अर्जामध्ये नमूद करणे जरूरीचे आहे. वैद्यकीय प्रमाणपत्रात तज्ज्ञ डॉक्टरांची सही, शिक्षा व रुग्णालयाचा शिक्षा तसेच शस्त्रक्रियेची तारीख अथवा तत्संबंधी उपचार घ्यावयाचा असल्यास उपचाराचा कालावधी नमूद करणे आवश्यक आहे. तसेच रुग्णालयाच्या प्रमाणपत्रावर रुग्णाचा केस पेपर क्र. नमूद केला असावा.
- ३. उत्पन्नाचा दाखला (Income Certificate)
- अर्जासोबत अर्जदाराच्या उत्पन्नाविषयी दाखला (नोकरी असल्यास कंपनीच्या स्टॅम्प सहीसह पगाराची पावती) नोकरी व्यतिरिक्त इतर स्वतंत्र व्यवसाय, शेती मोलमजूरी इत्यादीपैकी उत्पन्नाचे साधन असल्यास त्याविषयीचे तहसिलदाराचे प्रमाणपत्र आवश्यक आहे.
- ४. हमी पत्र (Reimbursement / Mediclaim Certificate)
- रुग्ण ज्यांच्यावर अवलंबून आहेत असे त्यांचे नातेवाईक सरकारी, स्थानिक स्वराज्य संस्था, राष्ट्रीयकृत बँक किंवा खाजगी कंपनी येथे नोकरीत असल्यास कार्यालयाकडून वैद्यकीय खर्चाची प्रतिपूर्ती अनुज्ञेय आहे किंवा कसे? याचे प्रमाणपत्र सक्षम अधिकाऱ्यांनी स्वाक्षरीत केलेले असावे. सक्षम अधिकाऱ्याचे नांव व दूरध्वनी क्रमांक स्पष्टपणे नमूद केलेला असावा.
- ५) महाराष्ट्रातील कायम रहिवाशी दाखला (Maharashtra Residence Proof)
- शिधापत्रिका (रेशनकार्ड) अथवा तलाठी किंवा तहसिलदार यांचा रहिवाशी दाखला सोबत जोडावा.

* माहितीसाठी *

- कायम शिधापत्रिकेवर अर्जदार व रुग्णाचे नांव असणे आवश्यक आहे. अर्जदार व रुग्णाचे वास्तव्य महाराष्ट्रात असणे आवश्यक आहे.
- कोणत्याही आजाराच्या उपचारासाठी पूर्वी केलेल्या खर्चाच्या प्रतिपूर्तीसाठी तसेच हॉस्पिटलचे बिल बाकी आहे यासाठी न्यासाकडे अर्ज करू नये.
- हृदयशस्त्रक्रिया, मेंदूच्या शस्त्रक्रिया, मूत्रपिंड प्रत्यारोपण, डायलेसिस, हेपेटायटीस सी, खुब्याचे, गुडघ्याचे व लिव्हरचे प्रत्यारोपण तसेच मज्जातंतूची शस्त्रक्रिया, कॉकलर इम्प्लांट शस्त्रक्रिया व कर्करोगावरील उपचारासाठी प्राधान्य देण्यात येईल. किरकोळ आजारासंबंधीचे अर्ज नाकारले जातील.
- अपघातासाठी हॉस्पिटलमध्ये उपचार घेत असल्यास न्यासाकडे अर्ज करता येईल. जोडीला हॉस्पिटलचे प्रमाणपत्र व पोलीसांचा पंचनामा जोडणे आवश्यक आहे.
- अर्थसहाय्याचा धनादेश फक्त हॉस्पिटलच्याच नांवे देण्यात येईल
- परिपूर्ण अर्ज प्राप्त झाल्यानंतर अर्थसहाय्याचा धनादेश मिळण्यास कमीत कमी २० ते २५ दिवसांचा कालावधी लागू शकतो. विहित नमुन्यातील सर्व रकाने परिपूर्ण भरले नसल्यास अर्ज नाकारला जाईल. तसेच अर्जदाराची दिलेली माहिती चुकीची आढळल्यास अर्ज नाकारला जाईल.
- वैद्यकीय अनुदान कक्षाच्या वेळा : सोमवार ते शनिवार सकाळी १०.०० ते संध्या ५.०० / रविवार कक्ष बंद राहिल.

सूचना :- चौकशी करावयाची असल्यास दूरध्वनी क्रमांक : २४२२३२०६, २४२२२०७२, २४३७३६२६ विस्तारित. १०९ किंवा
११९ फॅक्स नं. : २४२२ १५५८ यावर संपर्क साधावा E-mail : medical@siddhivinayak.org

क्रमांक :

वैद्यकीय आर्थिक सहाय्य मागणीचा अर्ज

आवक क्रमांक
दिनांक



श्री सिद्धिविनायक गणपती मंदिर न्यास प्रभादेवी, मुंबई,

एस. के. बोले मार्ग, प्रभादेवी, मुंबई - ४०० ०२८.

- १) अर्जदाराचे नांव : _____
- २) संपूर्ण पत्ता : _____
- दूरध्वनी क्र (एस.टी.डी. सह) _____
- मोबाईल नं. _____
- ३) अर्जदाराचा व्यवसाय _____
- ४) रुग्णाचे नांव _____
- ५) रुग्णाचे वय _____
- ६) रुग्णाचा व्यवसाय _____
- ७) रुग्ण - (स्त्री/पुरुष) _____
- ८) अर्जदाराशी पेशंटचे नाते _____
- ९) रुग्णाच्या कुटूंबाचे सर्व मार्गांनी मिळणारे वार्षिक उत्पन्न _____
- १०) रुग्णालयामधील केस नंबर _____

(कृपया अर्जदार, रुग्ण व रुग्णांच्या कुटूंबातील मिळवत्या प्रत्येक व्यक्तीचे उत्पन्नाबाबतचे सक्षम अधिकाऱ्याने दिलेले प्रमाणपत्र जोडावे, कुटुंब म्हणजे आई, वडील, नवरा-बायको, मुलगा-मुलगी, भाऊ, अविवाहित बहिण.)

११) रुग्ण व त्यांच्या / तिच्या कुटूंबातील इतर व्यक्ती :-

	नांव	वय	रुग्णाशी नाते	व्यवसाय	वार्षिक उत्पन्न
१)					
२)					
३)					
४)					
५)					

१२) कोणत्या वैद्यकीय उपचारासाठी आर्थिक मदत हवी आहे.
(आजाराचे स्वरूप, दिलेले उपचार व कालावधी दर्शविणारे डॉक्टरांचे प्रमाणपत्र जोडावे)

१३) रुग्णालयाचे नाव व पत्ता : _____

१४) शस्त्रक्रियेची तारीख (ठरली असल्यास) रुग्णालयाचे प्रमाणपत्र जोडावे. []

तारीख ठरली नसल्यास अंदाजे कोणत्या महिन्यात शस्त्रक्रिया होणार आहे ते लिहावे.

१५) उपचारासाठी येणारा एकूण अंदाजित खर्च रुपये _____

(रुग्णालयाने खर्चाचे विवरण किंवा प्रमाणपत्र जोडावे)

१६) न्यासाकडून किती मदतीचे आवश्यकता आहे. रुपये: []

१७) तुम्ही वैद्यकीय उपचार, सहाय्य किंवा वैद्यकीय विमा योजनेतर्गत येत असल्यास किती मर्यादेपर्यंत

१८) या उपचारासाठी तुमचे वैयक्तिक

अंशदान किती _____

१) मेडीक्लेम - रुपये _____

२) इतर विमा - रुपये _____

३) मालकाकडून किंवा शासनाकडून - रुपये _____

१९) याच उपचारासाठी अगर अन्य उपचारासाठी पूर्वी न्यासाकडे मदतीसाठी अर्ज केला होता काय ?

असल्यास किती मदत मिळाली. _____

(शासकिय व निम शासकिय कर्मचाऱ्यांनी अर्ज केला असल्यास वैद्यकीय प्रतिपूर्ती योजनेतर्गत किती खर्च अनुज्ञेय आहे किंवा नाही याबाबतचे स्पष्ट हमीपत्र सक्षम अधिकाऱ्याच्या स्वाक्षरी सोबत जोडणे आवश्यक आहे.

२०) इतर अनुदान देणाऱ्या संस्थानाकडे मदतीसाठी अर्ज केला आहे काय ?

असल्यास त्यांचेकडून किती रक्कम मिळाली याचा तपशील द्यावा.

अ. क्र.	संस्थेचे / संस्थानचे नांव / नांवे व पत्ता	अर्ज केल्याची तारीख	निर्णय स्वीकारला / नाकारला / प्रलंबित

२१) तुमच्या अर्जासंबंधी इतर अधिक अनुषंगिक माहिती ?

ठिकाण : _____

दिनांक : _____

अर्जदाराची स्वाक्षरी



श्री सिद्धिविनायक गणपती मंदिर विश्वस्त व्यवस्था अधिनियम १९८० च्या
कलम १८ (३) अन्वये समितीने शासनास सादर करावयाचा अहवाल.

(प्रत्येक अर्जदाराचा अहवाल वेगळा सादर करावा)

यादी क्र.

२) दिनांक

१) अर्जदाराचा अनुक्रमांक
(Inward No.)

(माहिती अर्जदाराने भरावी)

३) अ) अर्जदाराचे नांव व पत्ता
(Applicant's Name & Address)

रुग्णाचे नांव व पत्ता
(Patient's Name & Address)

ब) अर्जदाराचे / रुग्णाचे (रुग्ण ज्यावर
अवलंबून आहे त्याचे) वार्षिक उत्पन्न
(Annual Income)

क) आजाराचे वर्णन

ड) रुग्णालयाचे नांव
(Name of Hospital)
शासकीय / निमशासकीय / खाजगी

इ) उपचार खाजगी रुग्णालयात घेत
असल्यास शासकीय किंवा
निमशासकीय रुग्णालयात उपचार
न घेण्याची स्वयंस्पष्ट कारणे

४) डॉक्टरचे नांव
प्रमाणपत्र (रुग्णालयाचे नांव)
शस्त्रक्रियेची तारीख
रुग्णालयामधील केस नंबर
सुचविलेली उपाय योजना
वैद्यकिय प्रमाणपत्राप्रमाणे अंदाजित खर्च

कार्यालयीन कामकाजाचे

(माहिती अर्जदाराने भरू नये)

- ५) समितीची बैठक दिनांक :
- अ) बैठक / ठराव क्र. :
- ब) तातडी दर्शविणारे कारण : _____
- क) मागितलेली रक्कम रुपये : रु.
- ड) दिलेली मदत रुपये व धनादेश दिनांक : रु.
- धनादेश क्र. दिनांक
- ई) अर्थसहाय्य दिलेल्या रुग्णास
वैद्यकीय उपचारासाठी झालेल्या
खर्चाची प्रतिपूर्ति मिळते किंवा कसे : _____
- ६) अर्ज प्राप्त झाल्यापासून मदत
देण्यास १५ दिवसाचे वर विलंब
झाला असल्यास त्याचे कारण : _____
- ७) इतर अभिप्राय : _____
- (कार्यकारी अधिकारी)
- ८) शासनास अहवाल प्राप्त झाल्याचा
दिनांक व आवक नंबर :
- ९) नस्तीत ठेवल्याचा व सादर केल्याचा दिनांक :
- १०) असल्यास दिसून आलेली अनियमितता
व त्याबाबत प्रस्ताविक कार्यवाही : _____

कक्ष अधिकारी (का. १६)

अवर सचिव

रुग्णालयाचे प्रमाणपत्र

प्रति,
श्रीसिध्दिविनायक गणपती मंदिर न्यास,
प्रभादेवी, मुंबई - ४०००२८.

दिनांक :
Date

रुग्णाचा रुग्णालयातील केस फाईल क्रमांक :
Case File No

नाव :
Name

वय :
Age

पत्ता :
Address

आजाराचे स्वरूप :
Name Of illness/ Disease/ Disorder

सुचविण्यात आलेला उपचार :
Suggested Treatment

अंदाजे शस्त्रक्रियेचा दिनांक :
Tentative Date Of Surgery

अंदाजित होणारा खर्च :
Estimated expenditure of surgery

राजीव गांधी योजने अंतर्गत वित्तसहाय्य मिळाले असल्यास रक्कमेसह उल्लेख :
If financial assistance taken from RGJAY. Pl. state the Amt.

रुग्णालयाचा शिक्का :
Hospital Stamp

तज्ञ डॉक्टरांची स्वाक्षरी व शिक्का :
Sign & stamp of treating doctor

वरील माहिती ही रुग्णालयाच्या प्रमाणपत्रावर देणे बंधनकारक आहे, समाजसेवक,
विभाग किंवा डॉक्टरांच्या वैयक्तिक प्रमाणपत्रावर स्विकारली जाणार नाही.

वरील माहिती चुकीची आढळल्यास अर्ज रद्द करण्यात येईल.