

महाराष्ट्र शासन
मुख्यमंत्री सहाय्यता निधीसाठीचा अर्ज

अर्ज क्र :

दिनांक :

महत्वपूर्ण सूचना

- डिस्चार्ज झालेल्या/उपचार पूर्ण झालेल्या खर्चाची प्रतिपूर्ती म्हणून अर्थसहाय्य दिले जाणार नाही याची नोंद घ्यावी. तसेच अर्ज करण्यापूर्वी खालील शासकीय योजनांसाठी पात्र असल्यास लाभ घ्यावा.
- रुग्ण महात्मा ज्योतीबा फुले जन आरोग्य योजना/आयुष्यामान भारत/राष्ट्रीय बालक स्वास्थ्य कार्यक्रम/धर्मदाय रुग्णालय इत्यादी कोणत्याही एका योजनेत लाभार्थी असल्यास अर्ज स्विकारण्यात येणार नाही.
- अर्जात दर्शविलेल्या माहितीशी संबंधित कागदपत्रे / प्रमाणपत्रे अर्जदाराने स्व साक्षात्कृत (Self-Attested) करून सोबत जोडणे अनिवार्य आहे.
- संशयास्पद अथवा खोटी/बनावट माहिती दिलेली आढळल्यास तो अर्ज रद्द करण्यात येईल तसेच कायदेशीर कार्यवाहीस पात्र ठरेल.

अर्जदाराने भरावयाची माहिती

प्रति,

मा. मुख्यमंत्री महोदय,
महाराष्ट्र राज्य,
मंत्रालय, मुंबई - ३२

मी खात्रीपूर्वक लिहून देतो की,
(खालील १ किंवा २ पैकी)

१) श्री/श्रीमती/सौ/कुमारी/कुमार..... हे दिनांक पासून (रुग्णालयाचे नाव)या रुग्णालयात दाखल आहेत व त्यांना आज दिनांक रोजी पर्यंत रुग्णालयातून डिस्चार्ज मिळालेला नाही.

किंवा

२) श्री/श्रीमती/सौ/कुमारी/कुमार..... यांना अद्यापही आज दिनांक पर्यंत रुग्णालयात दाखल केलेले नाही. त्यांना दिनांक पर्यंत रुग्णालयात दाखल करण्यात येणार आहे.

सही/-
(लिहून देणाऱ्याची)

अर्जदाराचे संपूर्ण नाव :

फोन क्रमांक

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

रुग्णाशी नाते :

रुग्णाचा तपशील

- रुग्णाचे संपूर्ण नाव (मराठीत) :
- (In Capital Letters) इंग्रजीत :
- रुग्णाचा आधार कार्ड क्रमांक :
- रुग्णाचा कायमचा पत्ता :
- रुग्णांच्या जवळच्या नातेवाईकांचा चालू मोबाईल नं.:
- रुग्णाचा ई मेल :

महाराष्ट्र शासन
मुख्यमंत्री सहाय्यता निधीसाठीचा अर्ज

आजाराबाबत तपशील

१. रुग्णाला झालेल्या आजाराचे नाव :
२. उपचार चालू असलेल्या रुग्णालयाचे नाव व पत्ता :
- तालुका : जिल्हा : पिन :
३. उपचारासाठी रुग्णालयाच्या खर्चाचे अंदाजपत्रक रु. : /- दिनांक :
४. संपूर्ण उपचारासाठी लागणारा अंदाजे कालावधी :
५. उपचार चालू असलेल्या रुग्णालयाचा संपर्क क्रमांक :
६. उपचार करत असलेल्या डॉक्टरांचे नाव :
७. रुग्ण रुग्णालयात दाखल असल्यास बेड व वार्ड क्रमांक..... आणि दाखल झाल्याची दिनांक:
८. रुग्णालयाचा ई मेल आयडी :

आवश्यक कागदपत्रांची तपशील

१. कुटुंबाचे एकत्रित उत्पन्न रुपये उत्पन्नाचे प्रमाणपत्र क्रमांक व दिनांक
(पतीचे/पत्नीचे उत्पन्न प्रमाणपत्र जोडावे) (रुग्ण अल्पवयीन असल्यास वडीलांचे / आईचे)
२. शिधापत्रिका क्रमांक : दिनांक :
- (रुग्णाचे शिधापत्रिकेत नाव असणे आवश्यक)

आर्थिक मदतीसाठी शिफारस करणाऱ्या व्यक्तीचा तपशील

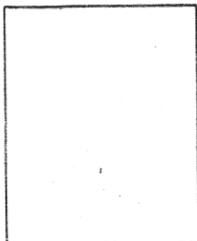
शिफारस करणाऱ्यांचे संपूर्ण नाव व पदनाम :

रुग्णांसाठी अर्ज करणाऱ्या व्यक्तीचा तपशील

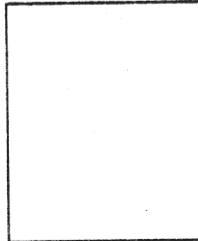
१. अर्जदारांचे संपूर्ण नाव व आधारकार्ड क्रमांक:
२. अर्जदाराचा कायमचा पत्ता :
- तालुका : जिल्हा : पिन:
३. अर्जदाराचा मोबाईल क्रमांक व रुग्णाशी असलेल नाते

मी प्रमाणित करतो/करते की वरील प्रमाणे दर्शविलेली सर्व माहिती खरी व सत्य आहे. त्यात काही खोटी माहिती आढळल्यास शासनाच्या नियमाप्रमाणे होणाऱ्या कायदेशीर कार्यवाहीस मी सही करणारा जबाबदार राहील याची मला जाणीव आहे.

रुग्णाचा फोटो

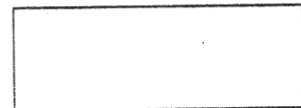


अर्जदाराचा फोटो



१) अर्जदाराची सही :-

२) अर्जदाराचा अंगठा



प्रति

मुख्यमंत्री वैद्यकीय सहाय्यता निधी न्यास, व्यवस्थापन समिती
मुंबई

विषय - श्री ----- वय ----- राहणार ----- यांची मुख्यमंत्री वैद्यकीय सहाय्यता
निधी अंतर्गत आर्थिक सहाय्य मिळण्यासाठी प्रस्ताव
आदरणीय महोदय

श्री ----- वय ----- राहणार ----- यांचा प्रस्ताव मुख्यमंत्री वैद्यकीय सहाय्यता
निधी अंतर्गत आर्थिक सहाय्य मिळण्यासाठी सादर करण्यात येत आहे. रुग्ण ----- या
रुग्णालयात ----- उपचारासाठी दाखल आहे/नाही.

प्रस्तावाची छाननी करण्यात आली असून उपचारासाठी आवश्यक चाचण्याचे अहवाल यांची खात्री करण्यात आली आहे.

१. लाभार्थी एकत्रित प्रधान मंत्री जन आरोग्य योजना व महात्मा ज्योतिबा फुले जन आरोग्य योजनेचा लाभार्थी असून रुग्णाचा उपचार योजनेच्या यादीत नाही.
 २. रुग्णाचा उपचार योजनेच्या यादीत असला तरी रुग्ण वरील रुग्णालयात दाखल असून रुग्णाची तब्येत चिंताजनक असून जवळच्या अंगीकृत रुग्णालयात स्थलांतरित करताना रुग्णाच्या जीवास धोका उद्भवू शकतो.
 ३. रुग्ण दाखल असलेले रुग्णालय योजनेतर्गत अंगीकृत असून रुग्णाचा उपचार योजनेच्या उपचारापैकी (कोड -----) असून रुग्णालयाने संगणक प्रणालीवर Preauthorization साठी परवानगी मागितलेली नाही. त्यामुळे रुग्णालयाच्या Grievance ची संगणक प्रणालीवर नोंद केली असून त्याचा क्रमांक ----- आहे. रुग्णालयाने रुग्णाकडून घेतलेली रक्कम रु ----- परत करण्यास सांगण्यात आले आहे.
 ४. दाखल असलेले रुग्णालय धर्मादाय रुग्णालय नाही तसेच जवळच्या धर्मादाय रुग्णालयात महाराष्ट्र सार्वजनिक विश्वस्त व्यवस्था अधिनियम, 1950 कलम 41 (अ) अन्वये रुग्णाच्या उपचारासाठी खाटा उपलब्ध नसल्याची संगणक प्रणालीवरून खात्री केली आहे.
 ५. श्री. ----- राहणार ----- यांना ----- हा आजार असून मुख्यमंत्री सहाय्यता निधी च्या तो उपचाराच्या यादीत आहे. उपचार चालू असलेले रुग्णालय ----- हे बाहेरच्या राज्यातील आहे. बाहेरच्या राज्यातील रुग्णालयांना मुख्यमंत्री सहाय्यता निधी मधून अर्थसहाय्य मिळते कि नाही याबाबत मार्गदर्शक सूचना नसल्याने याबाबत आपल्या स्तरावरून निर्णय घ्यावा ही विनंती.
 ६. रुग्णाचे नाव ----- वय ---- वर्षे राहणार ----- या रुग्णाचा ----- हा उपचार अर्ज दाखल करण्याच्या दिनांकापूर्वी ----- या रुग्णालयात पूर्ण झाला असून त्यास ----- या दिवशी दाखल करून ----- या तारखेस रुग्णालयातून सुटी देण्यात आली आहे. अर्ज प्राप्त केल्याचा दिनांक ----- . याबाबत आपल्या स्तरावरून निर्णय घ्यावा ही विनंती. आपल्या कार्यालयाने मान्यता दिल्यास अनुज्ञेय रक्कम रु -----, सोबत रुग्णाचा उपचार पूर्ण झाल्याबाबत अर्ज.
 ७. रुग्णाचे नाव ----- वय ---- वर्षे राहणार ----- या रुग्णाचा ----- हा उपचार अर्ज दाखल करण्याच्या दिनांकानंतर ----- या रुग्णालयात पूर्ण झाला असून त्यास ----- या दिवशी दाखल करून ----- या तारखेस रुग्णालयातून सुटी देण्यात आली आहे. अर्ज प्राप्त केल्याचा दिनांक ----- . याबाबत आपल्या स्तरावरून निर्णय घ्यावा ही विनंती. आपल्या कार्यालयाने मान्यता दिल्यास अनुज्ञेय रक्कम रु ----- . सोबत रुग्णाचा उपचार पूर्ण झाल्याबाबत अर्ज.
 ८. रुग्णाचे नाव ----- वय ---- वर्षे राहणार ----- या रुग्णाने डायलीसीस साठी मुख्यमंत्री सहाय्यता निधी मधून अर्थसहाय्य मिळणेबाबत ----- या रुग्णालयात उपचार मिळण्यासाठी अर्ज दाखल केला आहे.
 - ----- रुग्णालय एकत्रित प्रधान मंत्री जन आरोग्य योजना व महात्मा ज्योतिबा फुले जन आरोग्य योजनेअंतर्गत मान्यताप्राप्त नाही किंवा
 - ----- हे धर्मादाय रुग्णालय असून तेथे निर्धन रुग्णासाठी खाटा शिल्लक नसल्याचे संगणक प्रणालीवर दिसून येते किंवा
 - रुग्णालय एकत्रित प्रधान मंत्री जन आरोग्य योजना व महात्मा ज्योतिबा फुले जन आरोग्य योजनेअंतर्गत मान्यताप्राप्त असले तरी मशीन च्या प्रमाणात रुग्णासाठी जागा उपलब्ध नसल्याचे दिसून येते.
- याबाबत आपल्या स्तरावरून निर्णय घ्यावा ही विनंती. आपल्या कार्यालयाने मान्यता दिल्यास अनुज्ञेय रक्कम रु -----, सोबत रुग्णाचा अर्ज.
लागू असलेल्या मुद्द्यावर ✓ अशी खुण केली आहे

जिल्हा समन्वयक / विभागीय व्यवस्थापक
राज्य आरोग्य हमी सोसायटी जिल्हा -----

जिल्हा शल्यचिकित्सक
जिल्हा -----