



श्रीसिद्धिविनायक 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, अविवाहीत 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 विश्वासार्ह 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 सही सह पगाराची पावती) अथवा 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.
- कृपेनो आजाराला उपचारासाठी पूर्वी केलेल्या खर्चाच्या प्रतिपूर्तीसाठी तसेच रुग्णालयाचे 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.
- अपघातासाठी रुग्णालयामध्ये उपचार घेत असल्यास एक महिन्याच्या आत न्यासाकडे अर्ज करता येईल. जोडीला रुग्णालयाचे प्रमाणपत्र व पोलीसांचा पंचनामा जोडणे आवश्यक आहे.
- अर्थसहाय्याचा धनादेश फक्त रुग्णालयाच्याच नांवे देण्यात येईल
- परिपूर्ण अर्ज प्राप्त झाल्यानंतर अर्थसहाय्याचा धनादेश मिळण्यास कमीत कमी ८ ते १० 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 कक्षाची वेळ : सोमवार ते शनिवार सकाळी १०.०० ते संध्या ५.०० / रविवार कक्ष बंद राहिल.
- अपूर्ण अर्ज तसेच धनादेश तयार झाल्याबाबत आपण दिलेल्या भ्रमणध्वनी क्रमांकावर SMS द्वारे कळविण्यात येईल.

सूचना :- चौकशाची वेळ : दुपारी ३.०० ते ५.०० दूरध्वनी क्रमांक : २४२२३२०६, २४२२२०७२,

२४३७३६२६ विस्तारित. १०९ किंवा ११९ फॅक्स नं. : २४२२ १५५८ यावर संपर्क साधावा

क्रमांक :

वैद्यकीय आर्थिक सहाय्य मागणीचा अर्ज

आवक क्रमांक :
दिनांक



श्रीसिद्धिविनायक गणपती मंदिर न्यास प्रभादेवी, मुंबई
एस. के. बोले मार्ग, प्रभादेवी, मुंबई - ४०००२८

१) अर्जदाराचे संपूर्ण नांव : _____

२) रुग्णाचा संपूर्ण पत्ता : _____

तालुका _____ जिल्हा _____ पिनकोड _____

दूरध्वनी क्र (एस.टी.डी.सह) _____ मोबाईल क्र. _____

३) अर्जदाराचा व्यवसाय _____

४) रुग्णाचे नांव _____ ५) रुग्णाचे वय _____

६) रुग्णाचा व्यवसाय _____ ७) रुग्ण (स्त्री/पुरुष) _____

८) अर्जदाराशी रुग्णाचे नाते _____ ९) रुग्णाच्या कुटुंबाचे वार्षिक उत्पन्न _____

१०) आधार कार्ड क्र.: _____

११) रुग्णालयामधील केस नंबर _____

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

१२) कोणत्या वैद्यकीय उपचारासाठी आर्थिक मदत हवी आहे _____

१३) रुग्णालयाचे नांव : _____

१४) रुग्णालयाचा पत्ता : _____

१५) शस्त्रक्रियेची तारीख (ठरली असल्यास) रुग्णालयाचे प्रमाणपत्र जोडावे.

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

१६) उपचारासाठी येणारा एकूण अंदाजित खर्च रुपये _____

(रुग्णालयाने खर्चाचे विवरण किंवा प्रमाणपत्र जोडावे.)

१७) रुग्णाच्या आजाराविषयी माहिती :

१८) डॉक्टरचे नांव : _____
प्रमाणपत्र (रुग्णालयाचे नांव) : _____
शस्त्रक्रियेची तारीख : _____
रुग्णालयामधील केस नंबर : _____
सूचविलेली उपाय योजना : _____
वैद्यकीय प्रमाणपत्राप्रमाणे अंदाजित खर्च : _____

१९) अधिक माहिती _____

२०) इतर अनुदान देणाऱ्या संस्थांकडे मदतीसाठी अर्ज केला आहे काय ?
असल्यास त्यांचेकडून किती रक्कम मिळाली याचा तपशील द्यावा.

अ.क्र.	संस्थेचे/संस्थानाचे नाव व पत्ता	अर्ज केल्याची तारीख	निर्णय स्वीकारला/नाकारला/प्रलंबित

ठिकाण : _____

दिनांक : _____

अर्जदाराची स्वाक्षरी