



अर्ज क्र:

दिनांक:

महाराष्ट्र शासन

राज्यस्तरीय विशेष वैद्यकीय मदत कक्षामार्फत
धर्मादाय रुग्ण योजने अंतर्गत वैद्यकीय मदतीसाठी अर्ज

अर्जदाराने भरावयाची माहिती

प्रति,

१. मा.ना.श्री. देवेंद्र फडणवीस
उप मुख्यमंत्री (गृह / विधि)
महाराष्ट्र राज्य, मंत्रालय, मुंबई.
२. श्री. रामेश्वर नाईक, कक्ष प्रमुख
राज्यस्तरीय विशेष वैद्यकीय मदत कक्ष,
उप मुख्यमंत्री कार्यालय (गृह / विधि) यांचे कार्यालय,
०५ वा मजला, मुख्य इमारत, मंत्रालय, मुंबई.

महोदय,

मी खात्रीपूर्वक लिहून देतो की,

- १) श्री/श्रीमती/कुमार/कुमारी.....हे
(आजाराचे नाव).....या आजाराने ग्रस्त आहेत.
- २) त्यांच्यावर (रुग्णालयाचे नाव व पत्ता)
.....पिन कोड.....या रुग्णालयात उपचार करावयाचे आहेत /
उपचार सुरु आहेत.
- ३) श्री/श्रीमती/कुमार/कुमारी.....हे आर्थिक दृष्ट्या
निर्धन (उत्पन्न रु.१,८०,०००/- पेक्षा कमी) किंवा **दुर्बल** (उत्पन्न रु.१,८०,००० ते ३,६०,०००/-च्या मर्यादेत) घटकात
येत असून त्यांना धर्मादाय रुग्ण योजने अंतर्गत मोफत / सवलतीच्या दरात उपचार करण्यात यावेत, ही विनंती.

()

अर्जदाराचे नाव व सही

रुग्णाचा तपशील

१. रुग्णाचे संपूर्ण नाव.....
२. रुग्णाचा आधार क्रमांक.....(प्रत सोबत जोडावी)
३. रुग्णाचा कायमचा पत्ता.....
४. रुग्णाचा संपर्क क्रमांक.....
५. रुग्णाचा किंवा नातेवाईकाचा ई मेल आयडी.....
६. रुग्णांच्या जवळच्या नातेवाईकाचा संपर्क क्रमांक.....

आवश्यक कागदपत्रांचा तपशील

१. कुटुंबाचे एकत्रित वार्षिक उत्पन्न (तहसीलदार यांचे दाखल्याप्रमाणे).....(प्रत सोबत जोडावी.)
उत्पन्न प्रमाणपत्र क्रमांक..... उत्पन्न प्रमाणपत्र वैधता दिनांक.....पर्यंत
२. शिधापत्रीका प्रकार (दारिद्र्य रेषेखालील/केसरी / पांढरे) (प्रत सोबत जोडावी.)
शिधापत्रीका क्रमांक.....शिधापत्रीकेनुसार उत्पन्न (नमूद असल्यास).....
(शिधापत्रीकेत रुग्णाचे नाव असणे आवश्यक आहे).
३. पॅनकार्ड नंबर(प्रत सोबत जोडावी)
(उत्पन्न दाखला नावे असलेल्या व्यक्तीचे पॅनकार्ड)
४. उपलब्ध असल्यास, आजाराबाबत किंवा उपचाराबाबत रुग्णालयाचे / डॉक्टराचे प्रिस्क्रिप्शन किंवा अंदाजपत्रक.
(प्रत सोबत जोडावी)

रुग्णासाठी अर्ज करणाऱ्या व्यक्तीचा तपशील

- अर्जदाराचे संपूर्ण नाव.....
- भ्रमणध्वनी (मोबाईल) क्रमांक..... रुग्णाशी नाते.....
- अर्जदार यांचा आधार क्रमांक (प्रत सोबत जोडावी).....
- अर्जदाराचा कायमचा पत्ता
- जिल्हा..... तालुका..... पिन कोड.....

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

अर्जदाराची स्वाक्षरी