

**બિનસરકારી ગ્રાન્ટેડ સંસ્થાઓના અધિકારી / કર્મચારીઓના તબીબી સારવાર**

**ખર્ચ મંજૂર કરવા માટેની દરખાસ્ત મોકલવા અંગે**

કમિશનર મ.ભો. અને શાળાઓની કચેરી, ક્રમાંક : બમશ/માધ્ય./તબીબી/ધ-2/2012-13/3582-3612

બ્લોક નં. 9/1, ડો. જી. મ. ભવન, ગાંધીનગર, તા. 01-03-2013

વંચાણે લીધા :

- (1) આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગના તા. 30-12-1988ના તબીબી સારવારના નિયમો.
- (2) અત્રેની કચેરીના પરિપત્રક્રમાંક : ઘ-2/બમશ/માધ્ય./તસા/08-5286-5311, તા. 31-03-2008.
- (3) અત્રેની કચેરીના પરિપત્રક્રમાંક : ઘ-2/બમશ/માધ્ય./તસા/10-23086-113, તા. 01-11-2010.

**વિષય :** બિનસરકારી ગ્રાન્ટેડ સંસ્થાઓના અધિકારી / કર્મચારીઓના તબીબી સારવાર ખર્ચ મંજૂર કરવા માટેની દરખાસ્ત મોકલવા અંગે.

**પરિપત્ર :**

વંચાણે લીધા આમુખ-(1) માં દર્શાવેલ તબીબી સારવારના નિયમો તેમજ વખતોવખત બહાર પાડેલ ઠરાવો અન્વયે આમુખ-(2) અને (3)માં દર્શાવેલ અત્રેના તા. 31-03-2008 તથા તા. 01-01-2010 ના પરિપત્ર દ્વારા બિનસરકારી ગ્રાન્ટેડ ઉચ્ચતર માધ્યમિક અને માધ્યમિક શાળાઓના વર્ગ-3 અને વર્ગ-4ના કર્મચારીઓના તબીબી સારવાર ખર્ચની દરખાસ્ત મોકલવા અંગે જરૂરી સૂચનાઓ આપવામાં આવેલ હતી. પરંતુ અનુભવે જણાયેલ છે કે મોટાભાગની દરખાસ્તોમાં અધૂરાશ વિગતો જોવા મળેલ છે. અપૂરતી માહિતી અને આધારોના અભાવે બિનજરૂરી વિલંબ પણ થાય છે. આથી નીચે મુજબની સૂચનાનો યુસ્તપણે અમલ કરી ચેકલિસ્ટ મુજબના સંપૂર્ણ આધારો સાથેની સુવ્યવસ્થિત દરખાસ્ત મોકલી આપવા આથી જણાવવામાં આવે છે.

- (1) અત્રેના તા. 01-11-2010 ના પરિપત્રની સૂચના (1) થી (11) યથાવત્ છે અને તે મુજબ દરખાસ્ત તૈયાર કરવી.
- (2) તબીબી સારવાર ખર્ચ મંજૂર કરવા અંગેની દરખાસ્તમાં નીચે મુજબના ક્રમમાં તેમજ સાથે આપેલ સૂચના મુજબ માહિતી - આધારો ગોઠવવા અને તે મુજબ જ દરખાસ્ત તૈયાર કરવી. દરખાસ્ત બે નકલમાં અલગ અલગ ફાઈલમાં મોકલવી અને દરેક પાના પર સળંગ નંબર આપવા અને તે મુજબ ઈન્ડેક્સ બનાવવું અને તે પ્રથમ પાના પર રાખવું.
- તબીબી સારવાર ખર્ચ મંજૂર કરવા અંગેની દરખાસ્ત સારવાર લીધા બાદ છ માસની અંદર કરેલ પ્રથમ રજૂઆતની પ્રમાણિત નકલ પ્રથમ રાખવી. (કચેરીના ઈનવર્ડ નંબર / તારીખ મારેલ હોવી જોઈએ.)
- પરિપત્ર સાથે જોડેલ નિયત નમૂનાની અરજી, ચેકલિસ્ટ, ખાસ કિસ્સા માટે તા. 01-04-2000 ના ઠરાવનું ચેકલિસ્ટ (જિ.શિ.અ.શ્રીના સ્પષ્ટ અભિપ્રાય સાથે સહી/સિક્કા આવશ્યક)
- ગ્રાન્ટેડ શાળા અંગે જિલ્લાશિક્ષણાધિકારીશ્રીનું પ્રમાણપત્ર
- કર્મચારીના સેવા વિષયક આધારો (ચેકલિસ્ટ મુજબ તમામ આધારો)
- આશ્રિતના સંબંધમાં રેશનકાર્ડની નકલ, આશ્રિત અંગેનો દાખલો, આશ્રિતનો આવકનો મામલતદારશ્રીનો દાખલો, સ્કૂલ લિવિંગ સર્ટિફિકેટની નકલ, નામ-અટકમાં ફેરફાર અંગેના સોગંદનામાની નકલ વગેરે....
- નિવૃત્તિના કિસ્સામાં પેન્શનર અંગેના આધારો
- અવસાનના કિસ્સામાં અવસાન પ્રમાણપત્રની નકલ
- તબીબી સારવાર દરમિયાન થયેલ ખર્ચનો લાભ મેડીકલેઈમથી કે અન્ય રીતે મેળવેલ છે કે કેમ ? તે અંગેનું કર્મચારીશ્રીનું કબૂલાતનામું



- અલગ અલગ હોસ્પિટલમાં લીધેલ સારવાર માટે તેમજ અલગ અલગ સમય માટે લીધેલ સારવાર માટે અલગ અલગ અનુસૂચિ-1 સાથે નીચે મુજબ ક્રમમાં પુરાવાઓ ગોઠવવા.
- અસલ અનુસૂચિ-1 માં સંપૂર્ણ માહિતી ભરવી. તેમાં માગ્યા મુજબની વિગતો તેમજ થયેલ ખર્ચની રકમ સ્પષ્ટ દર્શાવવી. સારવાર લીધેલ ડોક્ટરશ્રીના સહી-સિક્કા કરાવવા. નીચે કર્મચારીની સહી અવશ્ય કરવી અને તેમાં મેડિકલ ભથ્થાના વિકલ્પ અંગેની સ્પષ્ટ માહિતી દર્શાવવી. માન્ય હોસ્પિટલમાં હૃદયરોગ માટેની સારવાર લીધેલ હોય તો સિવિલ સર્જનશ્રીના પ્રતિહસ્તાક્ષર મેળવીને રજૂ કરવા. અન્ય કિસ્સામાં સિવિલ સર્જનશ્રીના પ્રતિહસ્તાક્ષરની જરૂર રહેતી નથી.
- નિયમ-5 હેઠળ કર્મચારીના મુખ્ય મથકે સરકારી હોસ્પિટલ / દવાખાનું ઉપલબ્ધ હોય તેમ છતાં જિલ્લાની અંદરની અન્ય હોસ્પિટલમાં સારવાર લેવા માટે અધિકૃત ચિકિત્સકની ભલામણ કે અધિક નિયામકશ્રી (તબીબી સેવાઓ) ગાંધીનગરની પૂર્વમંજૂરી મેળવેલ છે કે કેમ ? તે અંગે કર્મચારીશ્રીનું કબૂલાતનામું.
- નિયમ-8(1)(ગ) હેઠળ રાજ્ય બહારની હોસ્પિટલમાં સારવાર લેતાં પહેલાં અધિકૃત ચિકિત્સકની ભલામણ તથા અધિક નિયામકશ્રી (તબીબી)ની પૂર્વમંજૂરી મેળવવામાં આવી હોય તો તેના પત્રની નકલ. જો ના, તો ઈમરજન્સીમાં રાજ્ય બહારની હોસ્પિટલમાં સારવાર લેવાનાં સબળ કારણો દર્શાવવાં.
- તા. 01-04-2000 ના ઠરાવના ચેકલિસ્ટ સાથે દર્દીના જીવનમરણના સંજોગોમાં કરેલ તબીબી સારવાર અંગે સારવાર લીધેલ ડોક્ટરશ્રીનું સર્ટિફિકેટ અવશ્ય સામેલ રાખવું.
- સારવાર દરમિયાન થયેલ ખર્ચની વિગતો તેમજ સામેલ રાખેલ બિલો મુજબ થયેલ ખર્ચ અંગે સમરો પત્રક બનાવીને રજૂ કરવું.
- અંદરના દર્દી તરીકે લીધેલ સારવાર છે તે મતલબનું હોસ્પિટલના ડિસ્ચાર્જ સર્ટિફિકેટની નકલ.
- તબીબી સારવાર દરમિયાન થયેલ ખર્ચના પૈસા ભર્યા અંગેની અસલ પહોંચો.
- દવાના પ્રિસ્ક્રીપ્શન અને અસલ બિલો ક્રમમાં ગોઠવવાં. (જેના પર સારવાર લીધેલ ડોક્ટરશ્રીના સહી-સિક્કા કરાવવા)
- દવાની કેપિટલ અક્ષરોમાં યાદી. (ક્રમ, દવાના સ્ટોરનું નામ, તારીખ, દવાનું નામ, જથ્થો, રકમ વગેરે)
- તબીબી સારવાર ખર્ચ મંજૂર કરવાની દરખાસ્ત સંબંધિત રિપોર્ટની નકલો, પ્રમાણપત્રો તેમજ અન્ય આધારો.
- ખાનગી હોસ્પિટલમાં બહારના દર્દી તરીકે લીધેલ સારવાર ખર્ચ રિએમ્બર્સને પાત્ર નથી. જેની ખાસ નોંધ લેવી.
- સરકારી હોસ્પિટલમાં લીધેલ તબીબી સારવાર ખર્ચના રિએમ્બર્સ માટેની કાર્યવાહી જિલ્લા કક્ષાએ સરકારશ્રીના પ્રવર્તમાન નિયમોની યોગ્ય ચકાસણી કરીને કરવાની રહેશે.

હવે પછીની તબીબી સારવારની નવી દરખાસ્તો ઉપરોક્ત સૂચનાઓનો ચુસ્તપણે અમલ કરવાનો રહેશે. ઉક્ત સૂચનાઓ આપવા છતાં આ બાબતે વ્યવસ્થિત દરખાસ્ત મોકલવામાં દુર્લક્ષ સેવવામાં આવશે તો અને જે કોઈ પ્રશ્ન ઉદ્ભવશે તેની અંગત જવાબદારી આપની રહેશે અને તે સંદર્ભે નિયમાનુસારની આગળની કાર્યવાહી કરવાની ફરજ પડશે જેની નોંધ લેશો.

સહી, સત્તાધિકારી  
સંયુક્ત શિક્ષણ નિયામક (માધ્યમિક), ગાંધીનગર

**તબીબી સારવાર ખર્ચ / પેશગીની મંજૂરી મેળવવા અંગેની દરખાસ્ત**

- 1) અરજદારનું પૂરેપૂરું નામ - હોદ્દો
- 2) શાળાનું નામ અને સરનામું
- 3) અરજદારની નિયમિત નિમણૂકની તારીખ
- 4) અરજદાર પોતે છે કે તેમના કુટુંબના સભ્યનો(આશ્રિત) કેસ છે ? (નામ દર્શાવવું) દરખાસ્તમાં આધારો સામેલ કરવા.
- 5) અરજદારે સારવાર લીધેલ હોસ્પિટલનું નામ. આ હોસ્પિટલ સરકારી, ખાનગી કે સરકાર માન્ય હોસ્પિટલ છે ? તે દર્શાવવું.
- 6) ખાનગી હોસ્પિટલ ખાતે તબીબી સારવાર મેળવવા માટે નજીકની સિવિલ હોસ્પિટલ કે સિવિલ હોસ્પિટલ, અમદાવાદનો સંપર્ક કરેલ છે કે કેમ ? તેની ભલામણ પત્રની નકલ.
- 7) તબીબી સારવારની વિગત (રોગનું નામ)
- 8) અરજદારે આ મેડિકલ બિલનો લાભ મેડીકલેઈમ કે અન્ય વીમા કંપની પાસેથી મેળવેલ નથી તે અંગેનું કબૂલાતનામું. (જો હા, તો આધાર સામેલ રાખવો.)
- 9) સારવારમાં લીધેલ દવાઓની યાદી કેપિટલ અક્ષરોમાં તૈયાર કરી સામેલ રાખેલ છે.
- 10) અરજદારે જે જે હોસ્પિટલમાં સારવાર લીધી હોય તેની વિગત. (અંદરના દર્દી તરીકે કે બહારના દર્દી તરીકે તે સ્પષ્ટ લખવું.) હોસ્પિટલનું પ્રમાણપત્ર સામેલ રાખવું.

હોસ્પિટલનું નામ      સારવારનો સમયગાળો      થયેલ કુલ ખર્ચ  
તારીખથી તારીખ સુધી

- 11) તબીબી સારવાર ખર્ચની પેશગીના કિસ્સામાં તબીબી સારવાર મેળવવા માટે સિવિલ હોસ્પિટલનો અભિપ્રાય અને અંદાજ ખર્ચની વિગતનું સર્ટિફિકેટ તેમજ તબીબી સારવાર મેળવતાં પહેલાં અધિક નિયામક તબીબી સેવા અને આરોગ્ય ખાતાની પૂર્વ મંજૂરી લીધેલ છે કે કેમ ? તેના પત્ર નંબર અને તારીખ.
- 12) તબીબી સારવાર / પેશગીના ખર્ચની કલેઈમની રકમ.

**ઉપરોક્ત વિગતો સાચી અને મારી જણ મુજબની છે તેની ખાતરી આપું છું.**

**તારીખ :**

**અરજદારની સહી**

**આચાર્યની સહી / સિક્કો**

આથી પ્રમાણિત કરવામાં આવે છે કે, શ્રી ..... તબીબી સારવાર ખર્ચ / પેશગીની મંજૂરી માટે જે હોદ્દો ..... શાળા ..... તબીબી સારવારના નિયમો 1988 હેઠળ જરૂરી ચકાસણી કરેલ છે અને ગ્રાહ્ય રાખવાની ભલામણ કરવામાં આવે છે. સદર શાળા બિનસરકારી માન્ય અને ગ્રાન્ટ લેતી શાળા છે. અરજદાર શ્રી ..... નિયમિત રીતે નિમણૂક પામેલ અને શાળાના પે રોલ પરના કર્મચારી છે અને સીધા પગાર યોજના હેઠળ પગાર મેળવે છે.

(2) અરજદાર કુટુંબના સભ્યશ્રીઓનો આ કેસ છે અને તે અરજદારના ..... છે. (માતા, પિતા, પુત્ર-વગેરે) અને કુટુંબની વ્યાખ્યામાં તે આવે છે. આ માટે રેશર્નીંગ કાર્ડની પ્રમાણિત ઝેરોક્ષ નકલ સામેલ છે.)

તારીખ :

સ્થળ :

જિલ્લા શિક્ષણાધિકારીના સહી / સિક્કો



**બિનસરકારી માધ્યમિક / ઉચ્ચતર માધ્યમિક શાળાઓના કર્મચારીઓની તબીબી સારવારના  
ખર્ચની મંજૂરી માટેનું ચેકલિસ્ટ (2010)**

ક્રમ	વિગત	રજૂ કરવાની થતી માહિતી	પાના નંબર
1)	અરજદારનું નામ, હોદ્દો તથા સંસ્થાનું નામ (નોકરીની ખરાઈનું પ્રમાણપત્ર સામેલ રાખવું.)		
2)	સદરહુ સંસ્થામાં ક્યારથી ફરજ બજાવે છે અને કાયમી કે હંગામી કર્મચારી છે તે દર્શાવવું.		
3)	સદરહુ શાળા બિનસરકારી અને અનુદાન મેળવતી સરકાર માન્ય સંસ્થા છે ? જિલ્લાશિક્ષણાધિકારીનું પ્રમાણપત્ર મૂકવું.		
4)	અરજદાર કર્મચારી સીધા પગાર યોજના તથે પગાર મેળવે છે ?		
5)	અરજદાર નિયમિત રીતે નિમાયેલા અને મળવાપાત્ર મહેકમની મર્યાદામાં સમાવેશ થયેલ છે ?		
6)	અરજદાર તબીબી ભથ્થું રોકડમાં મેળવે છે કે કેમ ? તે અંગે સંસ્થાનું વિકલ્પ ફોર્મ સામેલ રાખવું.		
7)	વયનિવૃત્તિના કિસ્સામાં નિવૃત્તિ તારીખ. (આધાર સામેલ રાખવો)		
8)	અવસાનના કિસ્સામાં મરણની તારીખ. (મરણનો દાખલો સામેલ રાખવો)		
9)	અરજદારશ્રીએ સક્ષમ અધિકારીને પ્રથમ અરજી કર્યા તારીખ. (નકલ સામેલ રાખવી) જો સમયમર્યાદામાં અરજી કરેલ ન હોય તો તેના વિલંબના કારણો આધાર સહ રજૂ કરવાં.		
10)	અરજદાર પોતે છે કે તેમના કુટુંબના સભ્યનો (આશ્રિત) કેસ છે ? (નામ દર્શાવવું)		
11)	અરજદારના કુટુંબના સભ્યનો સમાવેશ મુંબઈ મુલકી સેવા નિયમ હેઠળની કુટુંબની વ્યાખ્યામાં આવી જાય છે કે કેમ ?		
12)	આશ્રિતની ઉંમર (એલ.સી.ની નકલ) અથવા અન્ય પ્રમાણભૂત આધારો.		
13)	આશ્રિત તરીકેનો આધાર (પેઢીનામું, રેશનકાર્ડ તેમજ આશ્રિત તરીકે સર્વિસ રેકર્ડમાં નોંધાયેલ હોય તો તેની નકલ)		
14)	આશ્રિતની આવકનો દાખલો (તલાટી કે મામલતદારનો દાખલો)		
15)	આશ્રિતના નામે કોઈ સ્થાવર / જંગમ મિલકત છે કે કેમ ? જો હા, તો તલાટી કે મામલતદારનો દાખલો.		
16)	અરજદારે સારવાર લીધેલ હોસ્પિટલનું નામ. આ હોસ્પિટલ સરકારી, ખાનગી કે સરકાર માન્ય હોસ્પિટલ છે ? તે દર્શાવવું.		
17)	હૃદયરોગની સારવાર જે હોસ્પિટલમાં લીધેલ હોય તેનું નામ. આ હોસ્પિટલ આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગના તા. 09-09-2005 ના ઠરાવમાં દર્શાવેલ માન્ય હોસ્પિટલ પૈકીની છે કે કેમ ?		
18)	અરજદારે લીધેલ સારવારનો સમયગાળો. (અંદરના દર્દી તરીકે સારવાર લીધેલ છે કે બહારના દર્દી તરીકે તે દર્શાવવું અને આધાર સામેલ રાખવો.)		

ક્રમ	વિગત	રજૂ કરવાની થતી માહિતી	પાના નંબર
19)	સરકારી હોસ્પિટલ ખાતે આવી સારવાર ઉપલબ્ધ હોવા છતાં ખાનગી હોસ્પિટલ ખાતે સારવાર લીધી છે ? જો હા તો અરજદારની અરજીમાં સ્પષ્ટ કારણો દર્શાવવાં.		
20)	ખાનગી હોસ્પિટલમાં સારવાર લેતાં પૂર્વે અધિક નિયામક તબીબી સેવાઓ ગાંધીનગરની પૂર્વમંજૂરી લીધી છે ?		
21)	ખાનગી હોસ્પિટલમાં સારવાર મેળવવા માટે અધિક નિયામક તબીબી સેવાની પૂર્વ મંજૂરી મેળવેલ છે ?		
22)	રાજ્ય બહાર સારવાર લેવા અધિક નિયામક તબીબી સેવાની મંજૂરી લીધી છે ?		
23)	કયા રોગ માટેની સારવાર ખર્ચની મંજૂરી બાબત છે. (કયા ઠરાવની જોગવાઈ લાગુ પડે છે ? શક્ય હોય તો નકલ બીડવી)		
24)	સારવાર લીધા બાદ પાછલી અસરથી અધિક નિયામક તબીબી સેવાની મંજૂરી લીધી છે ?		
25)	અરજદારે આ મેડિકલ બિલનો લાભ મેડીકલેઈમ કે અન્ય વીમા કંપની પાસેથી મેળવેલ નથી તે અંગેની કબૂલાતનામું (જો, હા આધાર સામેલ રાખવો)		
26)	તબીબી સારવાર હેઠળ લીધેલ દવાઓની યાદે કેપીટલ અક્ષરોમાં તૈયાર કરી સામેલ રાખેલ છે કે કેમ ?		
27)	હૃદયરોગની સારવાર માટે આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગનો તા. 09-09-2005ના ઠરાવની જોગવાઈ લાગુ પડે છે કે કેમ ?		
28)	હૃદય રોગની સારવાર માટે જિલ્લાના સિવિલ સર્જન (વર્ગ-1)ની પ્રતિસહી અનુસૂચિ ઉપર મેળવેલ છે કે કેમ ? અને ભલામણ થયેલ છે કે કેમ ? જો હા, તો નંબર / તારીખ દર્શાવેલ છે કે કેમ ? તેની ખરાઈ કરી લેવી.		
29)	પેશગીની દરખાસ્તમાં અધિકૃત ચિકિત્સકની ભલામણ થઈ આવેલ છે કે કેમ ?		
30)	અરજદારની માંગણી મુજબ સારવાર ખર્ચ તબીબી નિયમો હેઠળ મળવાપાત્ર છે કે કેમ ?		
31)	તબીબી સારવાર ખર્ચ મંજૂર કરવા જિલ્લાશિક્ષણાધિકારીશ્રીનો સ્પષ્ટ અભિપ્રાય.		

(ઉપર જણાવેલ બધી જ વિગતો દર્શાવવાની રહેશે. જો કોઈ વિગત લાગુ પડતી ન હોય તો “લાગુ પડતું નથી” તેમ દર્શાવવું.)

દરખાસ્ત ચકાસણી કરનાર

કર્મચારીનું નામ, હોદ્દો અને સહી

જિલ્લા શિક્ષણાધિકારીશ્રીની સહી/સિક્કો