

ક્રમાંક : ધ-૨/માધ્ય/તબીબી/પરીપત્ર/૨૦૧૭/૯૬૬૪-૯૩૦૦

નિયામકશ્રી, શાળાઓની કચેરી,
બ્લોક નં. ૯/૧, ડી. જીવરાજ મહેતા ભવન,
ગુ.રા, ગાંધીનગર.
તા. ૬ / ૬ / ૨૦૧૭

વંચાણેલીધા:-

- (૧) અત્રેની કચેરીના પરિપત્ર ક્રમાંક/બમશ/માધ્ય./તબીબી/ધ-૨/૨૦૧૦/૨૩૦૮૬-૧૧૩/
તા. ૦૧/૧૧/૨૦૧૦
- (૨) અત્રેની કચેરીના પરિપત્ર ક્રમાંક/બમશ/માધ્ય./ તબીબી સારવાર-પરિપત્ર/ ધ-૨/૨૦૧૩-૧૪/
૨૧૩૯૩-૨૧૪૨૩/ તા. ૨૬/૦૭/૨૦૧૩
- (૩) આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગના ઠરાવ ક્રમાંક/એમએજી/૧૦૨૦૦૩/૨૭૧૨/અ(પા.ફા.)તા.
૨૪/૦૮/૨૦૧૫(ગુજરાત રાજ્ય સેવા(તબીબી સારવાર)નિયમો-૨૦૧૫)
- (૪) આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગના ઠરાવ ક્રમાંક/એમએજી/૧૦૨૦૧૫/૬૦૧/અ.૧/
તા. ૦૮/૦૩/૨૦૧૬
- (૫) આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગના ઠરાવ ક્રમાંક/એમએજી/૧૦૨૦૧૫/૬૦૧/અ.૧
તા. ૩૦/૦૮/૨૦૧૬

વિષય:- બિન સરકારી માધ્યમિક/ઉચ્ચતર માધ્યમિક શાળાઓના કર્મચારીઓની તબીબી સારવાર
ના ખર્ચની મંજૂરી માટેની દરખાસ્ત મોકલવા બાબત.

પરીપત્ર:-

વંચાણે લીધા આમુખ-૧ અને ૨ માં દર્શાવેલ પરિપત્રો ધ્વારા બિન સરકારી ગ્રાન્ટેડ સંસ્થાઓના કર્મચારીઓના તબીબી સારવારના ખર્ચ મંજૂર કરવા માટેની દરખાસ્ત જિલ્લા શિક્ષણાધિકારીની કચેરી ધ્વારા અત્રે મોકલવા અંગે જરૂરી સુચનાઓ આપવામાં આવેલ છે. તેમ છતાં સરકારશ્રીના સંબંધિત ઠરાવોની જોગવાઈ અનુસાર આવેલ દરખાસ્તોની ચકાસણી કરતાં જણાય છે કે મોટાભાગની દરખાસ્તોમાં જરૂરી આધારો, વિગતો, આશ્રિતોના કિસ્સામાં આનુષંગિક પ્રમાણપત્રો, આવકના દાખલા, અનુસુચિ-૧ મુજબની યાદી તથા બિલો વગેરે બાબતો રજૂ કરવામાં પૂરતી કાળજી સેવામાં આવતી નથી. સંપૂર્ણ દરખાસ્તના અભાવે વહીવટી કાર્યમાં ખૂબ જ મુશ્કેલી પડે છે અને વિલંબ પણ થાય છે. આથી નીચે મુજબની સુચનાનો ચુસ્તપણે અમલ કરી ચેકલીસ્ટ મુજબના સંપૂર્ણ આધારો સાથેની દરખાસ્ત મોકલી આપવા આથી તમામ જિલ્લા શિક્ષણાધિકારીઓને જણાવવામાં આવે છે.

ગુજરાત રાજ્ય સેવા(તબીબી સારવાર) નિયમો-૧૯૮૮ સુધારીને ગુજરાત રાજ્ય સેવા(તબીબી સારવાર) નિયમો-૨૦૧૫ તરીકે અદ્યતન કરવામાં આવેલ છે. (આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગના ઠરાવ ક્રમાંક/એમએજી/૧૦૨૦૦૩/૨૭૧૨/અ(પા.ફા.)તા.૨૪/૦૮/૨૦૧૫) જે ગુજરાત રાજ્ય સેવા (તબીબી સારવાર) નિયમો-૨૦૧૫ કહેવાશે. આ નિયમો પ્રસિધ્ધ થયા તારીખથી અમલમાં આવશે. આરોગ્ય વિભાગના તા.૧૧/૪/૧૯૮૯, તા.૧૫/૭/૧૯૮૯ અને તા.૨૨/૮/૨૦૦૭ સિવાયના તમામ ઠરાવો/પરિપત્રો આથી રદ કરવામાં આવેલ છે.

ઉપરાંત આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગના ઠરાવ ક્રમાંક/એમએજી/ ૧૦૨૦૧૫/ ૬૦૧/ અ.૧/ તા.૩૦/૦૮/૨૦૧૬માં ગંભીર પ્રકારના રોગો જેવાકે કીડની અને લીવરના રોગો, કેન્સર, હૃદયરોગ અને મગજનારોગો, ગંભીર અકસ્માતના કિસ્સામાં, દર્દીના જીવન-મરણનો પ્રશ્ન ઉપસ્થિત થયો હોય, તેવા તાકીદના સંજોગોમાં ખાનગી હોસ્પિટલમાં અંદરના દર્દી તરીકે લીધેલ સારવારનો કુલ ખર્ચ (૧) હૃદયરોગ માટે-યૂ.એન. મહેતા ઈન્સ્ટીટ્યુટ ઓફ કાર્ડિયોલોજી એન્ડ રીયર્સ સેન્ટર, અમદાવાદ(૨) કેન્સરનારોગ માટે-ધી ગુજરાત કેન્સર એન્ડ રીયર્સ ઈન્સ્ટીટ્યુટ (એમ.પી.શાહકેન્સર હોસ્પિટલ), અમદાવાદ (૩) કીડની અને લીવરના રોગ માટે-ઈન્સ્ટીટ્યુટ ઓફ કીડની ડીસીજ એન્ડ રીયર્સ સેન્ટર, અમદાવાદ અને (૪) મગજનારોગ અને ગંભીર અકસ્માતના કિસ્સામાં- શેઠ વાડીલાલ સારાભાઈ જનરલ હોસ્પિટલ, અમદાવાદ દર્શાવેલ સરકારી/સરકારી હોસ્પિટલ સમકક્ષ હોસ્પિટમાં સારવાર લેતા જે ખર્ચ થાત, તે ખર્ચના ધોરણે ખર્ચ મજરે મળવાપાત્ર રહેશે. આ હુકમનો અમલ ઠરાવ બહાર પાડયાની તારીખથી કરવાનો રહેશે. પરંતુ નવા

૧૩/૪
૧૫

તબીબી સારવારની દરખાસ્ત હવે આ સાથે સામેલ રાખેલ નિયત કરેલ ફોલ્ડર ફાઈલ ઉપર લગાવીને જ દરખાસ્ત રજૂ કરવાની રહેશે. તેમજ નીચે જણાવેલ વિગતવાર આધારો તથા મુદાવાર દરખાસ્ત તૈયાર કરી રજૂ કરવાની રહેશે.

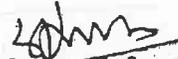
- (૧) દરખાસ્તમાં પ્રથમમાં આ કચેરીએથી નિયત કરેલ તમામ ચેકલીસ્ટ તથા પ્રવર્તમાન અમલી તા. ૨૪/૦૮/૨૦૧૫ના ઠરાવ માં નિયત કરેલ પરિશિષ્ટ-૧ (અ-નિયમ-૧૮.૨), પરિશિષ્ટ-૧ (બ-નિયમ-૧૮.૩), પરિશિષ્ટ-૧(ક), પરિશિષ્ટ-૨(અ), પરિશિષ્ટ-૨(નિયમ ૧૫(૧) હેઠળ) તથા પરિશિષ્ટ-૩ (નિયમ-૨૪.૪) રજૂ કરવાના રહેશે.
- (૨) તબીબી સારવાર લીધા બાદ છ માસની નિયત સમયમર્યાદામાં કરેલ પ્રથમ દરખાસ્તની જિલ્લા શિક્ષણાધિકારી કચેરીના ઈનવર્ડ નંબર/તારીખવાળા સિક્કા સાથેની પ્રમાણિત નકલ દરખાસ્ત સાથે સામેલ રાખવાની રહેશે. જો નિયત સમયમર્યાદામાં પ્રથમ દરખાસ્ત કરી શકેલ ન હોય તો તેના વિલંબના સાધનિક આધારો-પુરાવા સાથે જિ.શિ. અ.શ્રીના સ્પષ્ટ અભિપ્રાય સાથે વિલંબીત સમયને માફ કરવા સાથે, તબીબી સારવાર ખર્ચ મંજૂર કરવા અંગેની વિગતવાર દરખાસ્ત કરવાની રહેશે.
- (૩) કર્મચારીના સેવા વિષયક આધારો, સેવાપોથીની પ્રમાણિત નકલ તથા પી.પી.ઓ. (નિવૃત્ત હોયતો)ની પ્રમાણિત નકલ રજૂ કરવાની રહેશે.
- (૪) આશ્રિતનો કેસ હોયતો આશ્રિતના પ્રમાણિત આધારો જેમ કે રેશનીકાર્ડની નકલ, સેવાપોથી કુંદુંબ પત્રકની નકલ તેમજ ગુજરાત રાજ્ય સેવા(તબીબી સારવાર) નિયમો-૨૦૧૫ ના નિયમ-૨(૨.૨) મુજબ વ્યક્તિગત વ્યક્તિગત ઉપાર્જિત અને અનુપાર્જિત માસિક આવક મર્યાદા રૂ. ૫૦૦/- થી વધે નહી તોજ તેને સંપૂર્ણ આશ્રિત ગણવામાં આવતા હોઈ જેથી આશ્રિતની ઉપાર્જિત કે અનુપાર્જિત આવક માસિક રૂ. ૫૦૦/- કરતા વધતી નથી તેવો શહેરી વિસ્તાર માટે મામલતદારશ્રીનું તથા ગ્રામ્ય વિસ્તાર માટે તાલુકા વિકાસ અધિકારીશ્રીનું પ્રમાણપત્ર રજૂ કરવાનું રહેશે.
- (૫) તબીબી સારવાર ખર્ચનો લાભ મેડિકલેઈમ કે અન્ય કોઈ વિમા કંપનીમાંથી મેળવેલ છે કે કેમ ? તે અંગે વિગતવાર માહિતી દર્શાવીને સોગંદનામું કે કબુલાતનામું (એફીડેવીટ)(સંસ્થાના પ્રતિહસ્તાક્ષર સાથે) રજૂ કરવાનું રહેશે.
- (૬) અનુસુચિ-૧(જે ઠરાવ પ્રમાણે લાગુ પડતો હોય તે) તે અસલમાં સંપૂર્ણ વિગતો ભરવાની રહેશે તથા સંબંધિત ચિકિત્સકશ્રીના સહી/સિક્કા સાથે રજૂ કરવાની રહેશે. જો સરકારશ્રી માન્ય (એમ્પેનલ) હોસ્પિટલ હોય તો આરોગ્ય વિભાગના તા.૨૪/૮/૧૫માં નિયમ-૫(૫.૧)(૫.૨)ની જોગવાઈ મુજબ જિલ્લાના મુખ્ય જિલ્લા તબીબી અધિકારીશ્રી કમ સિવિલ સર્જનશ્રી કમ નિવાસી તબીબી અધિકારીશ્રી ધ્વારા નિયત કરેલ પરિશિષ્ટ-૧ અથવા પરિશિષ્ટ-૨માં (જે લાગુ પડતું હોય તે) સારવાર તથા પેકેજ રેટ (પેકેજ રકમ વિગતવાર આંકડામાં તેમજ શબ્દોમાં સ્પષ્ટ વંચાય તે રીતે) પ્રમાણિત કરીને પ્રતિ સહી કરાવવી ફરજીયાત રહેશે.
- (૭) અંદરના દર્દી તરીકે જે હોસ્પિટલમાં તબીબી સારવાર મેળવેલ હોય તે હોસ્પિટલના સહી/સિક્કા સહિતનું ડીસ્ચાર્જકાર્ડ ઓરીજનલ રજૂ કરવાનું રહેશે.
- (૮) રાજ્ય બહારની હોસ્પિટલ કે ખાનગી હોસ્પિટલમાં સારવાર માટે અધિકૃત ચિકિત્સકની ભલામણ કે અધિક નિયામકશ્રી(તબીબી સેવાઓ) ગાંધીનગરની પૂર્વ મંજુરી લીધેલ છે કેમ? જો ભલામણ કે પૂર્વમંજુરી ના મેળવેલ હોયતો તેના સ્પષ્ટ કારણો અલગથી જણાવવાના રહેશે.
- (૯) જે હોસ્પિટલમાં સારવાર મેળવેલ હોય તે હોસ્પિટલની દવાની અંગ્રેજી કેપીટલ અક્ષરોમાં યાદી બનાવીને રજૂ કરવાની રહેશે. (જેમ કે, ક્રમ, સ્ટોરનું નામ, બીલ નંબર/તારીખ, દવાનું નામ, જથ્થો, રકમ વગેરે મુજબ)
- (૧૦) જે હોસ્પિટલમાં સારવાર મેળવેલ હોય તે હોસ્પિટલના બિલો(દાવાની રકમ) જે તે હોસ્પિટલના સહી/સિક્કા સહિત ઓરીજનલ રજૂ કરવાના રહેશે.
- (૧૧) કર્મચારી તબીબી ભથ્થું રોકડમાં મેળવેલ છે કે કેમ ? તે અંગે કર્મચારીની છેલ્લી પગાર સ્લીપની પ્રમાણિત નકલ અને સંસ્થાનું પ્રમાણપત્ર રજૂ કરવાનું રહેશે.
- (૧૨) આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગના તા.૨૪/૮/૨૦૧૫ના ઠરાવ ક્રમાંક/ એમજી એજી/ ૧૦ ૨૦૦૩/ ૨૭૧૨/અ(પા.ફા.)નિયમ-૪માં દર્શાવ્યા મુજબ તેમજ આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગના તા.૦૮/૦૩/ ૨૦૧૬ના ઠરાવ ક્રમાંક/ એમજી એજી/ ૧૦૨૦૧૫/૬૦૧/ અ.૧ નિયમ-૮માં દર્શાવ્યા મુજબ રાજ્ય સરકાર ધ્વારા આ નિયમોના નિયમ-૮ હેઠળ એમ્પેનલ કરવામાં આવેલ હોસ્પિટલ માં સરકારી કર્મચારીઓ તબીબી સારવાર મેળવી શકશે. એમ્પેનલ હોસ્પિટલમાં લીધેલ સારવાર માટે નિયમો હેઠળ માન્ય કરેલ પેકેજ રેટ મુજબ રીએમ્બર્સમેન્ટ મળવાપાત્ર રહેશે. રાજ્ય સરકાર ધ્વારા માન્ય(એમ્પેનલ) હોસ્પિટલો સાથે થયેલ કરાર/પેકેજ સિવાયની સારવાર માટે કરવામાં આવેલ કોઈપણ ખર્ચ રીએમ્બર્સમેન્ટને પાત્ર રહેશે નહીં. આપની કચેરી ખાતે તબીબી સારવાર ખર્ચની મંજુરી માટે આવેલ દરખાસ્તમાં હોસ્પિટલ રાજ્ય સરકાર ધ્વારા (એમ્પેનલ) માન્યતા આપેલ છે ? જો માન્યતા આપેલ હોય તો જ સરકારશ્રીના આધારો સહિત આપના સ્વયંસ્પષ્ટ અભિપ્રાય સાથે જ દરખાસ્ત મોકલી આપવી.

(૩) આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગના તા.૨૪/૮/૨૦૧૫ તથા તા. ૩૦/૦૮/૨૦૧૬ના ઠરાવની જોગવાઈઓના વચ્ચેના સમય દરમ્યાન મેળવેલ તબીબી સારવારના ખર્ચ મંજૂરી માટે રજૂ થયેલ દરખાસ્ત બાબતે મુદ્દનં.-૧૨ ની વિગત ધ્યાને લેવાની રહેશે.

(૧૪) દરખાસ્તમાં રજૂ કરેલ કાગળોમાં વિગતવાર પાનાનંબર આપવાના રહેશે. (૧...૩...૫...)

(૧૪) ઉક્ત મુદ્દાઓ સિવાય આપની કક્ષાએથી સરકારશ્રીના પ્રવર્તમાન ઠરાવો/જોગવાઈઓને ધ્યાને લઈ જરૂરી ચકાસણી કરી નિયમાનુસાર જરૂરી વિગતો પૂર્ણ કરી દરખાસ્ત મોકલવાની રહેશે. અધૂરી ચકાસણી કે અપૂરતા આધારો વગરની દરખાસ્ત સ્વીકારવામાં આવે નહીં.

(૧૫) ઉપરોક્ત વિગતો ધ્યાને લઈ મુદ્દાવાર આધારો સહિત પાકા પૂઠામાં ફાઈલ સ્વરૂપે દરખાસ્ત મોકલવાની રહેશે. નોંધ ઉપર માનનીય નિયામકશ્રીની આજ્ઞાનુંસાર


(પી. એમ. જાધવારા)
સંયુક્ત શિક્ષણ નિયામક
માધ્યમિક
ગુ. રા., ગાંધીનગર

નકલ રવાના:-

પ્રતિ,

જિલ્લા શિક્ષણાધિકારીશ્રી, જિલ્લા શિક્ષણાધિકારીની કચેરી, તમામ (કાર્યવાહી સારૂ તેમજ તાબાની ગ્રાન્ટેડ સંસ્થાઓ તરફ બહોળી પ્રસિધ્ધિ અથે.)

નકલ સાદર:-

પ્રતિ,

સેક્શન અધિકારી, શિક્ષણવિભાગ, ગ-શાખા, સચિવાલય, ગાંધીનગર

હુકમ ફાઈલે

ક્રમિકા રજૂ સાબા. જા તબાબા પરીપગ/ ૨૦૧૭-૧૬/ ૪૬૧૪-૪૭૦૦૨

જિલ્લા શિક્ષણાધિકારી-૧૪૫૪
બંસાસકાંડા, પાલનપુર,
તા. ૮/૬/૨૦૧૭

નક્કલ રવાના સમય લેવા ૨૧/૩

આચાર્ય શ્રી.
રવિજી સમીક્ષક માથા/ રિ. મા. શાખા અને લા/નંદી તમાય,
બંસાસકાંડા તબાબા.

૨૧- સંયુક્ત શિક્ષણ નિયામક ગુ. રા. ગાંધીનગર
તા. ૮/૬/૨૦૧૭ ના પરીપગ મુજબ માર્ગદર્શન ની
દરખાસ્તો મોકલવામાં સમય લેવા ૨૧/૩.


જિલ્લા શિક્ષણાધિકારી, ૫
બંસાસકાંડા જિલ્લો, પાલનપુર

બિન સરકારી માધ્યમિક/ઉચ્ચતર માધ્યમિક શાળાના કર્મચારીઓની તબીબી સારવારના ખર્ચની મંજૂરી માટેનું ચેકલીસ્ટ-નંબર-૧

ક્રમ	વિગત	રજુ કરવાની થતી માહિતી	પાનાનંબર
૧	અરજદારનું નામ, હોદ્દો તથા સંસ્થાનું નામ		
૨	સદર હું સંસ્થામાં ક્યારથી ફરજ બજાવે છે અને કાયમી કે હંગામી કર્મચારી છે તે દર્શાવવું.		
૩	સદર હું શાળા બિન સરકારી અને અનુદાન મેળવતી સરકાર માન્ય સંસ્થા છે? જિ.શિ. અધિશ્રી.નું પ્રમાણપત્ર		
૪	અરજદાર કર્મચારી સીધા પગાર યોજના તળે પગાર મેળવે છે?		
૫	અરજદાર નિયમિત રીતે નિમાયેલા અને મળવાપાત્ર મહેકમની મર્યાદામાં સમાવેશ થયેલ છે?		
૬	અરજદાર તબીબી ભથ્થું રોકડમાં મેળવે છે કેમ? તં અંગે સંસ્થાના વિકલ્પ ફોર્મ સામેલ રાખવું તથા જિ.શિ. અધિશ્રી.નું પ્રમાણપત્ર		
૭	અરજદાર નિવૃત્ત હોય તો પી.પી.ઓ.ની પ્રમાણિત નકલ		
૮	અવસાનના કિસ્સામાં મરણનો દાખલો		
૯	તબીબી સારવાર લીધા બાદ છ માસની નિયત સમય મર્યાદા માં કરેલ પ્રથમ દરખાસ્તની જિશિઅ કચેરીના ઈનવર્ડ નંબર/તારીખવાળા સિકકા સાથેની પ્રમાણિત નકલ જો નિયત સમયમર્યાદામાં પ્રથમ દરખાસ્ત કરી શકેલ ન હોય તો તેના સાધનિક આધારો-પુરાવા સાથે જિ.શિ. અ.શ્રીના સ્પષ્ટ અભિપ્રાય સાથે વિલંબીત સમયને માફ કરવા સ્પષ્ટ કારણો.		
૧૦	અરજદાર પોતે છે કે તેમના કુટુંબના સભ્યનો(આશ્રિત) કેસ છે(નામ દર્શાવવું)		
૧૧	અરજદારના કુટુંબના સભ્યનો સમાવેશ મુંબઈ મુલકી સેવા નિયમ હેઠળની કુટુંબની વ્યાખ્યામાં આવી જાય છે કે કેમ?		
૧૨	આશ્રિત તરીકેના પ્રમાણિત આધારો(પેઢીનામું, રેશનીંગ કાર્ડની નકલ, એલ.સી.ની નકલ (ઉમરમાટે), સેવાપોથી કુટુંબપત્રકની નકલ		
૧૩	આશ્રિતના આવકનું પ્રમાણપત્ર (શહેરી વિસ્તાર માટે મામલતદારશ્રી ગ્રામ્ય વિસ્તાર માટે તાલુકા વિકાસ અધિકારીશ્રી)		
૧૪	અરજદારે સારવાર લીધેલ હોસ્પિટલનું નામ સરકારી/ખાનગી/સરકાર માન્ય		
૧૫	જે હોસ્પિટલમાં સારવાર લીધેલ હોય તે હોસ્પિટલ આરોગ્ય પરિવાર કલ્યાણ વિભાગના કયા ઠરાવમાં દર્શાવેલ માન્ય હોસ્પિટલ પૈકી ની તે દર્શાવવું.		
૧૬	અરજદારે લીધેલ સારવારનો સમયગાળો તથા અંદર		

૧૭	સરકારી હોસ્પિટલ ખાતે આવી સારવાર ઉપલબ્ધ હોવા છતાં ખાનગી હોસ્પિટલ ખાતે સારવાર લીધી છે? જો હા તો અરજદારની અરજીમાં સ્પષ્ટ કારણો દર્શાવવા.		
૧૮	ખાનગી હોસ્પિટલમાં સારવાર લેતા પૂર્વે અધિક નિયામક તબીબી સેવાઓ, ગાંધીનગરની પૂર્વ મંજૂરી લીધી છે ?		
૧૯	રાજ્ય બહારની હોસ્પિટલમાં સારવાર લેતા પૂર્વે અધિક નિયામક તબીબી સેવાઓ, ગાંધીનગરની પૂર્વ મંજૂરી લીધી છે ?		
૨૦	ક્યા રોગની માટેની સારવાર ખર્ચની મંજૂરીની બાબત છે.		
૨૧	અરજદારે આ મેડીકલ બિલનો લાભ મેડીકલેઈમ કે અન્ય વિમાકંપની પાસેથી મેળવેલ નથી તે અંગેનું કબુલનામું/ સોગંદનામું (એફીડેવીટ)		
૨૨	તબીબી સારવાર હેઠળ લીધેલ દવાઓની અંગ્રેજી કેપીટલ શબ્દોમાં પ્રમાણિત યાદી (જેમ કે, ક્રમ, સ્ટોરનું નામ, બીલ નંબર/તારીખ, દવાનું નામ, જથ્થો, રકમ વગેરે મુજબ)		
૨૩	તબીબી સારવાર લીધે રોગની સારવાર ક્યા ઠરાવની જોગવાઈ લાગુ પડે છે.		
૨૪	માન્ય હોસ્પિટલ હોયતો જિલ્લાના સિવિલ સર્જન (વર્ગ-૧) ની પૂતિ સહી અનુસુચિ-૧ ઉપર મેળવેલ છે કે કેમ? જો હા, તો નંબર/તારીખ દર્શાવેલ છે કેમ? તેની ખરાઈ કરી લેવી.		
૨૫	પેશગીની દરખાસ્તમાં અધિકૃત ચિકિત્સકની ભલામણ થઈ આવેલ છે કેમ?		
૨૬	અરજદારની માંગણી મુજબ સારવાર ખર્ચ તબીબી નિયમો હેઠળ મળવાપાત્ર છે કેમ?		
૨૭	તબીબી સારવાર ખર્ચ મંજૂર કરવા જિલ્લા શિક્ષણાધિકારી શ્રીનો સ્પષ્ટ અભિપ્રાય		

(ઉપર જણાવેલ વિગતવાર કોલમ મુજબ બધી જ વિગતો કોમ્પ્યુટરરાઈઝમાં ફરજીયાત દર્શાવવાની રહેશે. જો કોઈ વિગત લાગુ પડતી ન હોયતો લાગુ પડતું નથી તેમ દર્શાવવું)

દરખાસ્તની ચકાણીકરનાર
કર્મચારીનું નામ/હોદ્દો

જિલ્લા શિક્ષણાધિકારી શ્રી સહી/સિકકો

તબીબી સારવાર ખર્ચ/પેશગીની મંજૂરી મેળવવા અંગેનું ચેક લીસ્ટ નંબર-૨(દરખાસ્ત)

ક્રમ	વિગત	રજૂ કરવાની વિગત
૧	અરજદારનું પુરેપુરું નામ-હોદ્દો	
૨	શાળાનું નામ અને સરનામું(પીકોડનંબર સાથે)	
૩	અરજદારની નિયમિત નિમણૂકની તરીખ	
૪	અરજદાર પોતે છે કે તેમના કુટુંબના સભ્યનો(આશ્રિત)કેસ છે? આશ્રિતનું પુરેપુરું નામ તથા તેના આધારો	
૫	અરજદારે સારવાર લીધેલ હોસ્પીટલનું નામ, હોસ્પીટલનો પ્રકાર(સરકારી, ખાનગી, સરકાર માન્ય)દર્શાવવું	
૬	ખાનગી હોસ્પીટલમાં તબીબી સારવાર મેળવવા માટે નજીકની સિવિલ હોસ્પીટલ કે સિવિલ હોસ્પીટલ, અમદાવાદનો સંપર્ક કરેલ છે કે કેમ? આધાર રજૂ કરવા.	
૭	કયા રોગની તબીબી સારવાર મેળવેલ છે(રોગનુંનામ)	
૮	અરજદારે આ મેડીકલ બિલનો લાભ મેડીકલેઈમ કે અન્ય વિમાકંપની પાસેથી મેળવેલ નથી તે અંગેનું કબુલનામું/ સોગંદનામું(એફીડેવીટ)	
૯	સારવારમાં લીધેલ દવાઓની કેપીટલ અક્ષરોમાં તૈયાર કરી સામેલ રાખેલ છે.	
૧૦	અરજદારે અંદરના દર્દી કે બહારના દર્દી તરીકે સારવાર લીધેલ છે તે દર્શાવવું. હોસ્પીટલનું પ્રમાણપત્ર.(સહી/સિક્કા સાથે)	
૧૧	હોસ્પીટલનુંનામ	સારવારનો સમયગાળો તારીખ થી તારીખ
	૧.	
	૨.	
	૩.	
૧૨	તબીબી સારવાર ખર્ચની પેશગીના કિસ્સામાં તબીબી સારવાર મેળવવા માટે સિવિલ હોસ્પીટલનો અભિપ્રાય અને અંદોજીત ખર્ચની વિગતનું પ્રમાણપત્ર તેમજ તબીબી સારવાર મેળવતાં પહેલાં અધિક નિયામકશ્રી(તબીબી સેવાઓ) અને આરોગ્ય વિભાગની પૂર્વ મંજૂરી લીધેલ છે કે કેમ ? જો મેળવેલ હોયતો તેના પત્રની નકલ	
૧૩	તબીબી સારવાર/પેશગીની ખર્ચના કુલ દાવાની રકમ.	

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

તારીખ:-

અરજદારનું નામ:-

સહી:-

આચાર્યશ્રીની સહી/સિક્કો

આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગના પરિપત્ર ક્રમાંક/એમએજી-૨૦૦૦-૨૬૨-અ, તા.૧/૪/૨૦૦૦
ના પરિપત્રનું બિડાણ ચેકલીસ્ટ નંબર-૩(જો લાગુ પડતું હોયતો)

ક્રમ	વિગત	રજુ કરવાની વિગત
૧	નિયમ ૧(૪) હેઠળ તબીબી સારવારના નિયમો આ કિસ્સામાં લાગુ પડે છે કેમ?	
૨	નિયમ-૨(૨) હેઠળ અરજદાર, કર્મચારી કુટુંબના સભ્યકુટુંબની વ્યાખ્યામાં આવે છે કે કેમ?	
૩	નિયમ-૫ હેઠળ કર્મચારીના મુખ્યમથકે સરકારી હોસ્પિટલ/દવાખાનું ઉપલબ્ધ હોય તેમ છતાં જિલ્લાની અંદરની અન્ય હોસ્પિટલ માં સારવાર લેવા મટે અધિકૃત ચિકિત્સકની ભલામણ કે અધિક નિયામકશ્રી(તબીબી સેવાઓ), ગાંધીનગરની પૂર્વ મંજૂરી મેળવેલ છે કેમ?	
૪	નિયમ-૮(૧)(ગ) હેઠળ રાજ્ય બહારની હોસ્પિટલમાં સારવાર લેતાં પહેલાં અધિકૃત ચિકિત્સકની ભલામણ કે અધિક નિયામકશ્રી(તબીબી સેવાઓ), ગાંધીનગરની પૂર્વ મંજૂરી મેળવેલ છે કેમ? જો ના તો ઈમજન્સીમાં રાજ્ય બહારની હોસ્પિટલમાં સારવાર લેવાના સબળ કારણો.(આધાર સાથે)	
૫	નિયમ-૧૦ હેઠળ અનુસુચિ-૧માં કલેઈમ રજુ કરેલ છે કેમ?	
૬	નિયમ-૧૧ હેઠળ કલેઈમ સમયમર્યાદામાં રજુ કરવામાં આવેલ છે કેમ? જો ના તો તેના સબળ કારણો.(આધાર સાથે)	
૭	નિયા-૧૫ હેઠળ તબીબી ભથ્થું રોકડમાં મેળવવા તથા તબીબી સારવારના ખર્ચનું રીએમ્બર્સમેન્ટ વિકલ્પ આપેલ છે કેમ?	
૮	નિયમ-૧૬ હેઠળ શારીરિક ખોડખાંપણવાળા અપંગ કર્મચારીના કિસ્સામાં અપંગપણા માટે અધિકૃત ચિકિત્સકનું પ્રમાણપત્ર મેળવેલ છે કેમ?	
૯	નિયમ-૧૫(૬) અથવા નિયમ-૧૭(૨) હેઠળ વિભાગના સચિવશ્રીને ખાસ કિસ્સામાં મંજૂરી આપવાનું ઉચિત જણાતું હોય તો તે અંગેના સ્પષ્ટ કારણો સાથેની ભલામણ પેન્શનરોના કિસ્સામાં આ નિયમ હેઠળ જો ભલામણ ઉચિત જણાયતો નિયામકશ્રી, હિસાબ અને તિજોરી કચેરીએ ખાસ કિસ્સાની ભલામણના સ્પષ્ટ કારણો સાથે અત્રે દરખાસ્ત કરવાની રહેશે.	

તારીખ:-

સ્થળ:-

જિલ્લા શિક્ષણાધિકારીશ્રીની સહી/સિક્કા

બિન સરકારી ગ્રાન્ટેડ સંસ્થાઓના કર્મચારીઓના તબીબી સારવાર ખર્ચ
મંજૂર કરવા અંગે ઉપરનું ફાઈલ ફોલ્ડર

જિલ્લા કચેરીનું નામ:—.....

અરજદારનું નામ:— હોદ્દો:—.....

શાળાનું સરનામું:—

શહેરીવિસ્તાર/ગ્રામ્યવિસ્તાર (નામ):—.....

પીનકોડનંબર:—.....

પોતાનો કેસ/આશ્રિતનો કેસ:—.....

સારવારના રોગનું નામ:—.....

હોસ્પિટલનું નામ:—.....

સારવારનો સમયગાળો:—.....

સારવારની હોસ્પિટલનો દરજ્જો

માન્ય/અમાન્ય:—.....

સદરકેસમાં લાગુ પડતા ત.સા.ના

નિયમોજુના-૧૯૮૮/નવા-૨૦૧૫.....

કુલ દાવાની રકમ:—