மருத்துவ மற்றும் வைத்தியசாலை கட்டண உரிமைகோரல் விண்ணப்பப்படிவம்
அக்ரஹார காப்புறுதித் திட்டம்
தேசிய காப்புறுதி நம்பிக்கை பொறுப்பு நிதியம்

படிவ இல. – 01 (T)

உங்களுக்குரிய முன்மொழிவுத் திட்டத்தின் முன்னே (√) என குறிப்பிடவும்

அக்ரஹார பொது	தங்கம்	வெள்ளி

உங்களின் உரிமைகோரலின் முன்னே (√) என அடையாளம் இடவும்	
அரசாங்க வைத்தியசாலையில்	
தனியார் வைத்தியசாலையில்	
பிள்ளைபேறு	
மூக்குக் கண்ணாடி	
இருதய சத்திரசிகிச்சை	
புற்றுநோய்	
வேறு நோய்கள்	

விண்ணப்பதாரியின் தே.அ.அ இல. :- | | | | | | | | | | | | |

(நிறுவனத் தலைவரினால் உறுதிப்படுத்தப்பட்ட தே.அ.அ புகைப்படப் பிரதி இணைக்கப்படவேண்டியது கட்டாயம்)

1. விண்ணப்பதாரி பற்றிய தகவல்கள்

1.1 முழுப் பெயர் : (தமிழில்) வண./திரு/திருமதி/செல்வி :-

....

....

1.2 முதலெழுத்துக்களுடன் பெயர் (ஆங்கிலத்தில்):Rev / Mr. / Mrs. / Miss. :-

....

....

1.3 தனிப்பட்ட முகவரி (தமிழில்) :-

....

....

1.4 தனிப்பட்ட முகவரி (ஆங்கிலத்தில்) :-

....

....

1.5 பிறந்த திகதி :- ....

1.6 தொலைபேசி இல : நிலையான :-.................................. கைத் தொலைபேசி :-....................................

2. தொழில் செய்யும் இடம் பற்றிய தகவல் (கட்டாயமாக நிரப்பப்பட வேண்டும்)

2.1 தொழில் நிலையத்தின் பெயர் :- ....

....

2.2 முகவரி :- ....

....

2.3 பதவி :-...

2.4 தொழில் நிலையத்தின் தொலைபேசி இல :- ....

3. வாழ்க்கைத் துணை பற்றிய தகவல் (கட்டாயமாக நிரப்பப்பட வேண்டும்)

3.1 தே.அ. அட்டை இல. :- | | | | | | | | | | | | |

3.2 பெயர் :-...

3.3 பதவி :- ....

3.4 தொழில் நிலையத்தின் பெயர் :- ....

3.5 முகவரி:-...

3.6 தொலைபேசி இல : நிலையான :-... கைத்தொலைபேசி :- ....

4. காப்புறுதி நன்மை கோரப்படுவது உறுப்பினருக்கு அல்ல எனின் உரிய கூட்டினுள் (√) என்ற அடையாளத்தை இட்டு பூரணப்படுத்தவும்

1)துணைக்கு ☐ 2) பிள்ளைகளுக்கு ☐ 3)தாய்க்கு ☐ 4) தந்தைக்கு ☐

4.1 அவரது பெயர் :- ....

....

4.2 அவரது பிறந்த திகதி :- .... வயது :- ....

4.3 தொழில் :- ....

4.4 அவரது தேசிய அடையாள அட்டை இல. :- ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

5. வங்கிக் கணக்கு பற்றிய விபரம்

(விண்ணப்பதாரியின் மாதாந்த சம்பளம் வரவுவைக்கப்படும் வங்கிக் கணக்காயிருத்தல் வேண்டும்) கணக்குப் புத்தகத்தின் சான்றுப்படுத்தப்பட்ட பிரதியொன்று இணைக்கப்பட வேண்டியது கட்டாயமானதாகும்.)

5.1 வங்கிப் புத்தகத்தில் உள்ளவாறு உங்களது பெயர்:- ....

5.2 கணக்கு இல. :- ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

5.3 வங்கியின் பெயர் :- .... வங்கிக் கிளை:- ....

6. இங்கு விண்ணப்பிக்கப்பட்டிருப்பற்கான செலவினை ஜனாதிபதி நிதியத்திலிருந்து அல்லது வேறு ஒரு நிறுவனத்திலிருந்து பெற்றுக்கொண்டிருந்தால் அல்லது விண்ணப்பித்திருந்தால் அது பற்றிய விபரம்

6.1 நிறுவனத்தின் பெயர் மற்றும் முகவரி:-..

....

6.2 விண்ணப்பித்த தொகை:-..

6.3 உரித்தாகும் தொகை:-..

6.4 உரிமைகோரல் இல./ தொடர்பு இல.:- ....

7. வைத்தியசாலையில் தங்கியிருந்த / மூக்குக் கண்ணாடியை கொள்வனவு செய்த மாதத்திற்கு முன்னைய 3 மாதங்களுக்கான சம்பள விபரம்,

இணைக்கப்பட்டுள்ளது ☐ **இணைக்கப்படவில்லை** ☐

(அனைத்து வங்கி கொடுப்பனவு முறைமை (SLIPS) ஊடாக குறித்த மாதங்களுக்கான அக்ரஹார தவணைப்பணம் வைப்பிலிடப்பட்டிருந்தால் சம்பள விபரம் தேவையில்லை.)

8. விண்ணப்பதாரியின் பிரகடனம்

மேற்கண்ட தகவல் உண்மையானதும் சரியானதுமாகும் என்றும் மேற்கூறிய இல. 06 தொடர்பாக இந்த உரிமைகோரலுக்கு வேறு எந்த நிறுவனத்திடமிருந்தும் / வேறு எந்த முறையிலிருந்தும் எந்த கோரிக்கையும் முன்வைக்கப்படவோ அல்லது பெறப்படவோ இல்லை என்றும், மேலும் எனது தேசிய அடையாள அட்டை.யில் உள்ள தகவல்களை ஆட்களைப் பதிவுசெய்யும் திணைக்களத்திடம் சரிபார்ப்பதில் எனக்கு எந்த ஆட்சேபனையும் இல்லை என்றும், நான் இதன்மூலம் உறுதியளிக்கிறேன்.

திகதி :- ....

விண்ணப்பதாரியின் கையொப்பம்

9. நிறுவன கணக்காளரின் சான்றுப்படுத்தல்

தேசிய காப்புறுதி நம்பிக்கை பொறுப்பு நிதியத்தால் வழங்கப்படும்கோவைஇலக்கம் :- (File Number) ☐☐☐☐☐☐

மேற்குறிப்பிட்ட திரு./ திருமதி ....

யின் மாதாந்த சம்பளம் .... வங்கியின் .... கிளையில் .... என்ற

இலக்கத்தையுடைய கணக்கிற்கு வரவு வைக்கப்பட்டுள்ளது என்பதை இத்தால் உறுதிப்படுத்துகிறேன்.

கையொப்பம் :- ....

பெயர் :- ....

திகதி :- .... பதவி :-..

(உத்தியோகபூர்வ முத்திரை கட்டாயமானது)

10. ***நிறுவனத் தலைவரின் சான்றுப்படுத்தல்***

*மேற்குறிப்பிட்ட திரு./ திருமதி .... என்பவரின் காப்புறுதி உரிமைகோரலை தேவையான நடவடிக்கைக்காக பரிந்துரை செய்து இத்துடன் சமர்ப்பிக்கின்றேன். மேற்படி தகவல்கள் உண்மையானவையும் சரியானவையுமாகும் என்றும் அவரது தனிப்பட்ட கோப்பின் பிரகாரம் உறுதிப்படுத்துகிறேன். காப்புறுதியாளர்/ பயனாளி வைத்தியசாலையை விட்டுச் சென்ற நாளுக்குரிய மாதத்திற்கு முன்னைய மாதமான 20........... ஆம் வருடம்............................ஆம் மாதத்திற்கான மாதாந்த அக்ரஹார காப்புறுதிப் பங்களிப்பு நிதியான ரூ. .... ஐ அறவிட்டு தேசிய காப்புறுதி நம்பிக்கை நிதியத்தின் மக்கள் வங்கி குவீன்ஸ் கிளையில் **033-2001-2246-7951 / 033-1007-8246-7951** என்ற கணக்கிற்கு (காசோலை இலக்கம்:- ....)/ SLIPSமூலம் வரவு வைக்கப்பட்ட ரூ..................... என்ற மொத்தத் தொகைக்கு உற்படுத்தப்பட்டுள்ளது என்பதை இத்தாள் உறுதிப்படுத்துகிறேன்.*

கையொப்பம் :- ....

பெயர் :- ....

திகதி :- ....

பதவி :-..

(உத்தியோகபூர்வ முத்திரை கட்டாயமானது)

11. **நோயாளியின் மருத்துவர்/ வைத்திய நிபுணரினால் நிரப்பப்பட வேண்டும்.**
Should be filled by the Medical Officer/ Surgeon of the Patient.

(நோய் அறிதல் அட்டையில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ளதன் பிரகாரம் நோயாளியின் பெயர், வைத்தியசாலையில் அனுமதிக்கப்பட்ட திகதி வைத்தியசாலையில் இருந்து விலகிச் சென்ற திகதி என்பனவற்றை தெளிவாக குறிப்பிட்டு இந்த பகுதிநிரப்பப்படுவது கட்டாயமானது என்பதை தயவுசெய்து கவனிக்கவும்.)

(Please note that it is compulsory to fill this section clearly stating the name of the patient, the date of admission and the date of discharge as per the diagnosis card.)

11.1 **நோயாளியின் பெயர்:-**

....

Name of the patient:-

....

11.2 **நோயாளியின் நோய் பற்றிய விபரம்:-**

....

Diagnosis of Disease:-

....

11.3 ***கட்டில் இல.:-***...

Bed Head Ticket(BHT):-..................................

11.4 ***வைத்தியசாலையில் அனுமதிக்கப்பட்ட திகதி :-***...............................

வெளியேறிய திகதி :-..

If admitted to the hospital,

Date of Admission*:-*..

Date of Discharge*:-*...

நான் மேற்கூறிய நோயாளியின் மருத்துவர்/ வைத்திய நிபுணர் ஆவேன் என்றும், இந்த கோரிக்கை தொடர்பான சேவையை நான் வழங்கினேன் என்பதையும் உறுதிப்படுத்துகிறேன்.
I hereby certify that I am the Medical Officer/ Surgeon of the above named patient and certify that above service is given by me.

திகதி :- ....

....

நோயாளிக்கு சிகிச்சையளித்த வைத்தியரின் /
வைத்திய நிபுணரின் கையொப்பம் மற்றும் உத்தியோகபூர்வ முத்திரை
Signature of Medical Officer / Surgeon
with Rubber Stamp

(குறிப்பு : விண்ணப்பத்தில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள அனைத்து விபரங்களும் பூர்த்தி செய்யப்படுவது கட்டாயமானதாகும், விடயத்திற்கு பொறுப்பான உத்தியோகத்திரினால் சரிபார்ப்பு பட்டியல் (Check List) விண்ணப்பத்துடன் இணைக்கப்பட வேண்டும்)

விண்ணப்பப் படிவத்தை நிரப்புவதற்கான அறிவுறுத்தல்கள்

(இந்த விண்ணப்பப் படிவம் வைத்தியசாலையில் அனுமதிக்கப்படல், இருதய சத்திரசிகிச்சை, மூக்குக் கண்ணாடி, புற்றுநோய் மற்றும் சிறுநீரக நோய் போன்ற நோய்களுக்கு உரிமை கோருவதற்கு மட்டுமானதாகும்)

1. வைத்தியசாலையில் இருந்து வெளியேறி 90 நாட்களுக்குள் உரிமைகோரல் விண்ணப்பம் தேசிய காப்புறுதி நம்பிக்கை நிதியத்திற்கு அனுப்பப்பட வேண்டும்.

2. நீங்கள் எங்களுக்கு அனுப்பிவைக்கும் ஆவணங்களின் பிரதிகள் அனைத்து சந்தர்ப்பங்களிலும் நிறுவனத் தலைவரினால் அத்தாட்சிப்படுத்தப்பட வேண்டும்.
(குறைபாடுகளை பூரணப்படுத்தும் போது தேசிய அடையாள அட்டை இலக்கம் அவசியம் குறிப்பிடப்படுதல் வேண்டும்)

3. கணவன் மற்றும் மனைவி இருவருமே அக்ரஹார அங்கத்தவர்களாயின்,
   3.1 உரிமைகோரல் படிவம் நோயாளியான உறுப்பினரால் சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டும்.
   3.2 பிள்ளைகளுக்காக எனின் உரிமைகோரல் ஒரு அங்கத்தவரினால் சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டும்..

4. தங்கிவாழ்வோருக்காக உரிமைகோரல் விண்ணப்பத்தை சமர்ப்பிப்பதாயின் பின்வரும் ஆவணங்களில் உறுதிப்படுத்திய பிரதிகளை சமர்ப்பிக்க வேண்டும்.
   4.1 அங்கத்தவர் திருமணமானவராயின்,
      4.1.1 துணைக்கான திருமணச் சான்றிதழின் பிரதி
      4.1.2 பிள்ளைகளுக்கான பிறப்புச் சான்றிதழின் பிரதி
      (பிள்ளை 21 வயதிற்கு குறைந்த திருமணமாகாத மற்றும் தொழில் செய்யாதவராக இருத்தல் வேண்டும்)
      4.1.3 16 வயதிற்கு மேற்பட்ட பிள்ளைகளுக்கு தே.அ.அ நிறுவனத் தலைவரினால் அத்தாட்சிப்படுத்தப்பட வேண்டும்.

   4.2 அங்கத்தவர் திருமணமாகாதவராயின்,
   உறுப்பினரின் தாய் மற்றும் தந்தைக்கு (தாய் /தந்தை - 70வயதிற்கு குறைந்தவர்களாக இருத்தல் வேண்டும்)
      4.2.1 உறுப்பினரின் பிறப்புச் சான்றிதழ் மற்றும் தே.அ.அட்டையின் நிறுவனத் தலைவரினால் அத்தாட்சிப்படுத்தப்பட்ட பிரதிகள்.
      4.2.2 தாயின் /தந்தையின் தே.அ.அட்டையின் நிறுவனத் தலைவரினால் அத்தாட்சிப்படுத்தப்பட்ட பிரதிகள்.
      4.2.3 திருமணமாகாதவர் என்பதை உறுதிப்படுத்துவதற்கு நிறுவனத் தலைவரின் கடிதம்

5. உரிமைகோரும் விடயத்திற்கு வேறு நிறுவனத்திடமிருந்து காப்புறுதி பயனை பெற்றிருக்கும் பட்சத்தில், அக்ரஹார நன்மையைப் பெற்றுக்கொள்ள எதிர்பார்ப்பதாயின்,அந்த நிறுவனத்தின் மூலம் வழங்கப்பட்ட தொகையை குறிப்பிட்டுஒரு கடிதத்துடன்அனைத்து பில்கள் மற்றும் பற்றுச்சீட்டுக்களின் சான்றுப்படுத்தப்பட்ட பிரதிகள் சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டும்.

6. உரிய முறையில் நிரப்பப்பட்ட விண்ணப்பத்துடன் பின்வரும் ஆவணங்களை சமர்ப்பிக்க வேண்டும்.
   6.1 அனைத்து உரிமை கோரல்களுக்கும்,
      6.1.1 நோய் அறிதல் அட்டையின் (Diagnosis Card) மூலப் பிரதி அல்லது சான்றுப்படுத்தப்பட்ட நிழற்படப் பிரதி
      (பெயர், வைத்தியசாலையில் அனுமதிக்கப்பட்ட மற்றும் வெளியேறிய திகதி, சிகிச்சையளித்த வைத்தியரின் கையொப்பம் மற்றும் முத்திரை இடப்பட்டிருக்க வேண்டும்.)
      6.1.2 தனியார் வைத்தியசாலையில் ஆயின் முற்பணத்திற்கான பற்றுச்சீட்டு(Receipt of the Advance Payment),
      வேறு பணம் செலுத்திய பற்றுச் சீட்டுக்கள் (Receipts), விரிவான பட்டியல்களின் (Final Bill) மூலப் பிரதிகள்
      6.1.3 தனியார் வைத்தியசாலையில் சிகிச்சை பெற்றுக்கொள்ளும் போது அனைத்து செலவுகளும் விரிவாக இறுதிப் பட்டியலில் வகைப்படுத்தி காட்டப்பட்டிருப்பதுடன், நோயாளியின் தே.அ.அட்டை இலக்கம் அவசியம் குறிப்பிடப்படுதல் வேண்டும்.
      6.1.4 வைத்தியரின் கட்டணங்களைக் குறிப்பிடும் போது வைத்திய நிபுணர்களுக்கும் வேறு வைத்தியர்களுக்கும் செலுத்திய கட்டணங்கள் தனியாக குறிப்பிடப்பட வேண்டும்.
      6.1.5 பல்வேறு வைத்தியசாலை அனுமதிகளின் போது வேறு வேறாக விண்ணப்பங்கள் சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டும் என்பதுடன், தனி விண்ணப்பத்தில் இணைத்து அனுப்பும் ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட நோய் அறிதல் அட்டை உரிமை கோரலுக்கு ஏற்புடையதாகாது.
      6.1.6 பிள்ளை பேற்றின் போது (இரண்டு சந்தர்ப்பங்களின் போது மட்டுமே வழங்கப்படும்)
         6.1.6.1 அரசாங்க வைத்தியசாலையில் நோய் அறிதல் அட்டை வழங்கப்படவில்லையாயின் பிறப்பு விபர அட்டை அல்லது பிரசவ குறிப்பு அட்டையின் சான்றுப்படுத்தப்பட்ட பிரதி (வைத்தியசாலையில் அனுமதிக்கப்பட்ட திகதி மற்றும் வெளியேறிய திகதி குறிப்பிடப்படுதல் வேண்டும்)
      6.1.7 மூக்குக் கண்ணாடிக்கு (மூலப்பிரதி வழங்கப்பட வேண்டும்)
         6.1.7.1 தனியார் வைத்தியசாலையொன்றில் வைத்தியர் ஒருவர் கண் பரிசோதனை செய்தால் வைத்தியரின் நோய் குறிப்பு (வைத்தியரின் கையொப்பம் மற்றும் உத்தியோகபூர்வ முத்திரை இடப்பட வேண்டும்)
         6.1.7.2 அரசாங்க வைத்தியசாலையொன்றில் வைத்தியர் ஒருவர் கண் பரிசோதனை செய்தால் வைத்தியரின் நோய் குறிப்பு (வைத்தியரின் கையொப்பம் மற்றும் உத்தியோகபூர்வ முத்திரை இடப்பட வேண்டும்)
         6.1.7.3 மூக்குக் கண்ணாடி தொடர்பில் பற்றுச்சீட்டுக்கு பணம் செலுத்தப்பட்டது (Paid) என குறிப்பிடப்பட்டு நிறுவனத்தின் உத்தியோகபூர்வ முத்திரை) இடப்பட்டிருக்க வேண்டும்.
         6.1.7.4 03 வருடங்களுக்கு ஒரு முறை காப்புறுதியாளருக்கு மட்டும் வழங்கப்படும்.
         6.1.7.5 மூக்குக் கண்ணாடி கொள்வனவு செய்த பில்லில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள திகதியில் இருந்து 90 நாட்களுக்குள் உரிமைகோரல் விண்ணப்பம் தேசிய காப்புறுதி நம்பிக்கை நிதியத்திற்கு அனுப்பப்பட வேண்டும்.

7. தனியார் வைத்தியசாலை உரிமைகோரல் தொடர்பில் கோரிக்கைகள் முன்வைக்கப்படும் போது அந்த வைத்தியசாலைகளினால் வழங்கப்பட்ட அனைத்து விரிவான பட்டியல்களின் பில்கள் மற்றும் பற்றுச்சீட்டுக்கள் (Final Bill and Receipts) கணினி அச்சுப் பிரதிகளாக இருக்க வேண்டும் என்பதுடன், கையினால் எழுதப்பட்ட விரிவான பட்டியலின் பில்கள் மற்றும் பற்றுச்சீட்டுக்களுக்கு (Final Bill and Receipts) உரிமை கோரல் கொடுப்பனவுகள் செய்யப்பட மாட்டாது.

(மிகவும் முக்கியமானது : விரிவான பட்டியலின் பில்கள் மற்றும் பற்றுச்சீட்டுக்களின் மூலப்பிரதிகளை சமர்ப்பிக்க வேண்டியது கட்டாயமானது என்பதுடன், சான்றுப்படுத்தப்பட்ட அல்லது வேறு பில்களின் பிரதிகளுக்கு உரிமைகோரல்கள் வழங்கப்படமாட்டாது. வேறு ஒரு நிறுவனத்திலிருந்து ஒரு தொகை பணம் மீளளிக்கப்பட்டிருக்கும் சந்தர்ப்பத்தில் மீதி உரிமைகோரலை பெற்றுக்கொள்ளும் போது இது ஏற்புடையதாகாது)

உரிய முறையில் பூர்த்திசெய்யப்பட்ட உரிமைகோரல் விண்ணப்பத்துடன் தேவையான ஆவணங்கள் ஒரே முறையில் சரியான முறையில் சமர்ப்பிப்பதன் மூலம் அக்ரஹார காப்புறுதி நன்மையினை விரைவாக பெற்றுக்கொள்ள முடியும் என்பதனை கவனத்திற்கொள்க.