

मुख्य मंत्री अधिवक्ता कल्याण स्कीम 2012

के अंतर्गत गंभीर बीमारी हेतु चिकित्सा अर्थिक सहायता

पात्रता हेतु महत्वपूर्ण टीप

मुख्यमंत्री अधिवक्ता कल्याण स्कीम 2012 स्कीम के अध्याय -2 (च)के अंतर्गत चिकित्सा सहायता की पात्रता हेतु वर्णित गंभीर बीमारी से अभिप्रेत है "केन्सर,ओपन हार्ट/बायपास सर्जरी, एन्ज्योप्लास्टी, किडनी/लीवर का प्रत्यारोपण, ब्रेन हेमरेज, पक्षाघात, " और अन्य ऐसी बीमारी जिसे जिले के चिकित्सीय बोर्ड द्वारा गंभीर होने का प्रमाण पत्र दिया गया हो ।

आवेदन पत्र का प्रारूप (समस्त कंडिकायें भरना अनिवार्य हैं)
(अधिवक्ता स्वयं के द्वारा प्रस्तुत करने पर)

1. अधिवक्ता का नाम
2. पिता/पति का नाम
3. राज्य विधिज्ञ परिषद का पंजीयन क्रमांक MP/.....
4. उम्र (जन्मतिथी)
5. निवास स्थान/पता

पिन कोड..... टेलीफोन/मोबाईल नंबर

2. बैंक संबंधी विवरण:-

अ. आवेदक को भुगतान किये जाने के संदर्भ में :-

1. बैंक का नाम
2. बचत खाता क्रमांक (पंद्रह अंकों का)
3. आई.एफ.एस.सी. कोड

(बैंक पास बुक की छाया प्रति जो शाखा प्रबंधक द्वारा प्रमाणित हो संलग्न करें)

ब. चिकित्सा सहायता राशि अस्पताल को भुगतान किये जाने के संदर्भ में :-

1. बैंक का नाम
2. बचत खाता क्रमांक (पंद्रह अंकों का)
3. आई.एफ.एस.सी. कोड

(बैंक पास बुक की छाया प्रति जो शाखा प्रबंधक द्वारा प्रमाणित हो संलग्न करें)

3. व्यवसाय स्थल.

उच्च न्यायालय/जिला/तहसील.
विधिज्ञ संस्था (अधिवक्ता संघ) का पंजीयन क्रमांक (अधिवक्ता संघ का प्रमाण-पत्र अथवा वार्षिक वार्द की अंतिम रसीद संलग्न करें)

6. व्यवसाय की अवधि

7. गंभीर बीमारी की प्रकृति/विवरण

(उपरोक्तानुसार वर्णित गंभीर रोग से ग्रसित ही पात्र है . चिकित्सा दस्तावेज में बीमारी का नाम स्पष्ट होना आवश्यक है)

8. आवेदक द्वारा जिस चिकित्सा संस्थान से इलाज कराया जा रहा है, उसका नाम-

एवं चिकित्सक का नाम

9. वांछित सहायता राशि (अधिकतम एक लाख तक)

10. शासन की अन्य योजना के अंतर्गत प्राप्त सहायता/राशि के पूर्ण विवरण

(आयुधमान / मुख्यमंत्री सहायता योजना इत्यादि)

11. क्या आप आयकर-दाता हैं ? हां या नहीं लिखें

12. आवेदक द्वारा आवेदन के साथ संलग्न किये जाने वाले अनिवार्य दस्तावेज:-

1. राज्य विधिज्ञ परिषद के पंजीयन प्रमाण पत्र की प्रमाणित प्रति ।
2. उच्च न्यायालय/जिला/तहसील विधिज्ञ संस्था का पंजीयन प्रमाण पत्र की प्रमाणित प्रति ।
3. अधिवक्ता की बीमारी के संबंध में चिकित्सा संस्थान का **फाईनल बिल**,डिस्चार्ज समरी को अधिवक्ता संघ के अध्यक्ष/सचिव से सत्यापन आवश्यक रूप से करें ।
4. अधिवक्ता वास्तविक रूप से व्यवसायरत् होने के संबंध में विधिज्ञ संस्था के अध्यक्ष का प्रमाण पत्र ।
5. तहसीलदार द्वारा जारी आय प्रमाण पत्र। (आयकरदाता एवं वार्षिक कुल आय 5 लाख से अधिक आय वाले योजना के पात्र नहीं है)
6. निर्धारित प्रारूप में 100/- के नान-ज्यूडिशियल स्टाम्प पर नोटर्राईज वचन पत्र की मूल प्रति में। (प्रारूप -1)
7. 50/- के नान-ज्यूडिशियल स्टाम्प पर शपथ-पत्र जिसमें गंभीर बीमारी का नाम का उल्लेख होना अनिवार्य एवं व्यय का उल्लेख आवश्यक हों ।(प्रारूप -2)

दिनांक.....

स्थान.....

(आवेदक अधिवक्ता का पूर्ण नाम व हस्ताक्षर)
टेलीफोन/मोबाईल नंबर.....

|| सत्यापन ||

मैं यह सत्यापित करता/करती हूँ कि आवेदन की समस्त कंडिकाओं की जानकारी एवं संलग्न दस्तावेजों में उल्लेखित तथ्य मेरे निजी ज्ञान से सत्य एवं सही है ।

दिनांक.....

स्थान.....

(आवेदक अधिवक्ता का पूर्ण नाम व हस्ताक्षर)

वचन पत्र का प्रारूप**प्रारूप -1**

"100/- के नान-ज्यूडिशियल स्टाम्प पर इस आशय का एक वचन पत्र लेख करा कर परिषद कार्यालय को प्रेषित करें, कि अगर विधि विभाग के प्रमुख सचिव द्वारा आपके प्रकरण पर परिषद की अनुशंसा को निरस्त किया जाता है, अथवा उक्त प्रेषित राशि का उपयोग यदि आपकी बीमारी में नहीं होता है, तो आपके द्वारा उस परिस्थिति में संपूर्ण राशि ब्याज सहित परिषद कार्यालय को वापस करेंगे व वापस न करने की स्थिति में उक्त राशि बकाया राजस्व वसूली की प्रक्रिया से वसूल की जायेगी। आपके द्वारा जो वचन पत्र निष्पादित किया जायेगा। उस पर आप का (संबंधित अधिवक्ता का) नवीनतम छाया चित्र चस्पा हो एवं उक्त शपथपत्र अधिवक्ता संघ के अध्यक्ष एवं सचिव द्वारा प्रमाणित हो।"

प्रारूप -2**शपथ-पत्र का प्रारूप**

50/- के नान-ज्यूडिशियल स्टाम्प पर नोटराइज

पिता निवासी-

निम्नलिखित कथन शपथपूर्वक करता हूँ :-

- मैं शपथकर्ता _____ पर नियमित रूप से विधि व्यवसाय कर रहा हूँ। मेरा नामांकन क्रमांक _____ है तथा अधिवक्ता संघ _____ का नियमित सदस्य हूँ।
- यह कि मेरे द्वारा स्टेट बार काउंसिल ऑफ महाराष्ट्र में मुख्य मंत्री अधिवक्ता कल्याण स्कीम 2012 के अंतर्गत गंभीर बीमारी हेतु चिकित्सा आर्थिक सहायता हेतु आवेदन कर रहा हूँ आवेदन मे मेरे द्वारा भरी गई समस्त जानकारी पूर्ण एवं सत्य है।
 - यह कि _____ बीमारी (बीमारी नाम स्पष्ट से उल्लेख करें) से ग्रसित हूँ जो कि मुख्यमंत्री अधिवक्ता कल्याण स्कीम 2012 स्कीम के अध्याय -2 (च)के अंतर्गत चिकित्सा सहायता की पात्रता हेतु वर्णित गंभीर बीमारी "केन्सर,ओपन हार्ट/बायपास सर्जरी, एन्ज्योप्लास्टी, किडनी/लीवर का प्रत्यारोपण, ब्रेन हेमरेज, पक्षाघात," के अंतर्गत है।
 - यह कि मेरे द्वारा बीमारी _____ जिसे जिले के संबंध में चिकित्सीय बोर्ड द्वारा गंभीर होने का प्रमाण पत्र संलग्न है।
 - यह कि मेरे द्वारा उक्त बीमारी _____ का इलाज चिकित्सालय _____ से किया गया है जिसका फाईनल बिल /डिस्चार्ज समरी की सत्यापित प्रति आवेदन पत्र के साथ संलग्न है।
 - यह कि शपथकर्ता आयकर दाता नहीं हैं एवं वार्षिक आय 5 लाख से अधिक नहीं है।
 - यह कि शपथकर्ता द्वारा चिकित्सा हेतु शासन की किसी भी योजना से किसी भी प्रकार की सहायता प्राप्त नहीं की गई है।
- दिनांक _____ शपथकर्ता
स्थान- _____

सत्यापन

मैं _____ पिता _____ निवासी- _____ उपरोक्तानुसार समस्त कड़िकाओं के कथन मेरे निजी ज्ञान से सत्य एवं सही इसमें कुछ भी छिपाया नहीं गया है।

शपथकर्ता

दिनांक _____
स्थान- _____

मुख्य मंत्री अधिवक्ता कल्याण स्कीम 2012**के अंतर्गत गंभीर बीमारी हेतु चिकित्सा आर्थिक सहायता प्रदान किये जाने हेतु नियम**

- पात्रता हेतु मुख्यमंत्री अधिवक्ता कल्याण स्कीम 2012 स्कीम के अध्याय -2 (च)के अंतर्गत चिकित्सा सहायता की पात्रता हेतु वर्णित गंभीर बीमारी से अभिप्रेत है "केन्सर,ओपन हार्ट/बायपास सर्जरी, एन्ज्योप्लास्टी, किडनी, लीवर का प्रत्यारोपण, ब्रेन हेमरेज, पक्षाघात," और अन्य ऐसी बीमारी जिसे जिले के चिकित्सीय बोर्ड द्वारा गंभीर होने का प्रमाण पत्र दिया गया हो तथा वर्णित अनुसार गंभीर बीमारी नहीं होने पर अपात्र श्रेणी में आयेगें।
- आवेदन पत्र की समस्त कड़िकायें आवश्यक रूप से भरे कोई कड़िकायें खाली न छोड़े।
- विधिवत् वचन पत्र आवश्यक रूप से संलग्न करें।
- कृपया योजना के अंतर्गत चिकित्सा सहायता प्राप्त कर चुके हैं तो आवेदन नहीं करें क्योंकि उक्त योजना के अंतर्गत चिकित्सा आर्थिक सहायता जीवन में मात्र 1 बार ही प्रदान की जाती है।
- तहसीलदार द्वारा जारी आयप्रमाण आवश्यक रूप से संलग्न करें। आयकर -दाता योजना के पात्र नहीं हैं।
- अधिवक्ता की बीमारी के संबंध में विशेषज्ञ चिकित्सक/मेडीकल कालेज/चिकित्सा संस्थान का फाईनल बिल,डिस्चार्ज समरी एवं चिकित्सक का प्रमाण-पत्र को अधिवक्ता संघ के अध्यक्ष/ सचिव से सत्यापन आवश्यक रूप करवा कर ही संलग्न करें।
- बीमारी से संबंधित देयक राशि की गणना केवल अस्पताल के फाईनल बिल (अंतिम बिल) के आधार पर की जायेगी, अन्य देयक जैसे-एम्बुलेंस या वाहन से आना-जाना, जांच रिपोर्ट, फार्मसी/ केमिस्ट का बिल मान्य नहीं होगा इसलिये आवेदन पत्र के साथ केवल अस्पताल से जारी Final Bill / Estimate, डिस्चार्ज समरी एवं चिकित्सक का बीमारी के संबंध में स्पष्ट प्रमाण-पत्र जिसमे उपरोक्त वर्णित गंभीर बीमारी का उल्लेख होना आवश्यक है।
- योजना में केवल वे ही अधिवक्ता पात्र होंगे जिनके द्वारा भारतीय विधिज्ञ परिषद वेरीफिकेशन रूल्स के अंतर्गत वेरिफिकेशन कराया गया हो।
- यदि आप गंभीर बीमारी के संबंध में जिला मेडिकल बोर्ड का प्रमाण पत्र के आधार पर आवेदन कर रहे हैं तो उक्त प्रमाण में बीमारी को स्पष्ट शब्दों में गंभीर रोग उल्लेख आवश्यक रूप से लिखित करवाना आवश्यक है अन्यथा अस्पष्ट प्रमाण पत्र मान्य नहीं होगा।
- 50/- मूल्य के नान-ज्यूडिशियल स्टाम्प पर नोटराइज शपथ-पत्र(प्रोफार्मा -2) के अनुसार समस्त कड़िकाओ अनुसार जानकारी स्पष्ट एवं पूर्ण रूप से भरे अन्यथा शपथपत्र मान्य नहीं होगा।
- समस्त संलग्न दस्तावेजों को अधिवक्ता संघ के अध्यक्ष/सचिव से सत्यापन कराना आवश्यक है।

आवेदक द्वारा चिकित्सा देयक प्रेषण के संदर्भ में महत्वपूर्ण टीप

- यदि आपका गंभीर रोग का इलाज हो चुका हो तो पूर्व चिकित्सा व्यय के ब्यौरे के संदर्भ में लेख है
- यदि आपका गंभीर रोग का इलाज होना हो तो जिस संस्थान में आपका गंभीर रोग का इलाज चल रहा हो वहां के चिकित्सक द्वारा दिये गये अनुमानित व्यय का ब्यौरा अनिवार्य रूप से प्रेषित करें।

**