



(एडवोकेट वेलफेयर फंड आफ बार कौंसिल आफ इंडिया वास्ते म.प्र. के अंतर्गत निर्घन अधिवक्ताओं को चिकित्सा आर्थिक सहायता की पात्रता हेतु वर्णित गंभीर रोग से आशय ब्रेन, फेफड़े, हृदय पेट से संबंधित गंभीर बीमारी एवं कपाउण्ड फेक्चर जिसके अंतर्गत एक माह से अधिक समय तक अस्पताल में रह कर इलाज किया जाना है / एडवोकेट वेलफेयर फंड आफ बार कौंसिल आफ इंडिया कमेटी जो बीमारी चिकित्सक के द्वारा गंभीर होने का प्रमाण पत्र जारी किया गया हो एवं निर्घन अधिवक्ता से आशय ऐसे अधिवक्ता से है जो कि अपना एवं अपने परिवार का पोषण करने तथा अपना इलाज कराने में असमर्थ हैं ।

(A Scheme under Rule 40 to 42 of Sec-IV-A of Chapter-II of Bar Council of India Rules adopted by SBC of MP (SCHEME FOR GRANTING FINANCIAL ASSISTANCE TO INDIGENT PRACTISING ADVOCATES WHEN SUFFERING FROM SERIOUS AILMENT)

(एडवोकेट वेलफेयर फंड आफ बार कौंसिल आफ इंडिया वास्ते म0प्र0 के अंतर्गत चिकित्सा आर्थिक सहायता हेतु निर्घन अधिवक्ता द्वारा दिया जाने वाला आवेदन पत्र, कृपया समस्त कंडिकार्य की जानकारी पूर्ण रूप से भरें)

प्रतिष्ठा में,

माननीय अध्यक्ष महोदय,

एडवोकेट वेलफेयर फंड आफ बार कौंसिल आफ इंडिया वास्ते म.प्र. ।

विषय :- एडवोकेट वेलफेयर फंड आफ बार कौंसिल आफ इंडिया वास्ते म.प्र. से निर्घन अधिवक्ता को गंभीर रूप से रोगग्रस्त होने पर चिकित्सा आर्थिक सहायता प्रदान किये जाने बाबत आवेदन पत्र ।

1. आवेदक अधिवक्ता का नाम

2. पिता का नाम

3. नामांकन क्रमांक MP/.....

4. आवेदक नामांकन पूर्व शासकीय/अशासकीय सेवा में थे.....

नोट-यदि आवेदक का अधिवक्ता के रूप में नामांकन शासकीय/अशासकीय सेवा से रिटायर होने के परचात हुआ है तो कम से कम से 15 वर्ष का विधि व्यवसाय होना आवश्यक है

5. व्यवसाय स्थल

6. आवेदक अधिवक्ता की आयु 7. आवेदक अधिवक्ता की जन्मतिथी

8. पत्र व्यवहार का पता (सुवाच्य अक्षरों में) म.न.

तहसील..... जिला..... पिनकोड..... मोबाईल/टेलीफोन.....

9. आवेदक आयकर दाता है, (हां अथवा नहीं स्पष्ट रूप से लिखें)

10. आवेदक आयकर-दाता है तो विवरण दे

11. सनद वेरिफिकेशन क्रमांक.....

12. बैंक खाता का विवरण

Bank Account No

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IFSC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bank Name & Branch

(बैंक पासबुक की स्पष्ट प्रति संलग्न करें जिसमें नाम, बैंक खाता क्रमांक, आई0एफ0एस0सी कोड एवं बैंक ब्रांच उल्लेख हो)

13. आवेदक की अचल संपत्ती का विवरण एवं उससे प्राप्त आय का विवरण.....

14. आवेदक अधिवक्ता गंभीर रोगग्रस्त होने के संबंध में आवश्यक विवरण :-

1. किस गंभीर रोग से ग्रस्त है (स्पष्ट रूप से उल्लेख)

(अस्पताल का फाईनल बिल एवं डिस्चार्ज समरी को अधिवक्ता संघ से प्रमाणित किया जाना आवश्यक है)

2. रोगग्रस्त होने का दिनांक

3. रोग के संबंध में आवेदक का इलाज कर रहे चिकित्सक का प्रमाण पत्र

(जो हिंदी/अंग्रेजी पठनीय हो) संलग्न करें, जिसमें रोग का पूर्ण विवरण एवं अनुमानित व्यय का ब्यौरा अनिवार्य रूप से उल्लेखित हो ।

4. चिकित्सा हेतु भविष्य में इलाज कराये जाने वाले संस्थान का नाम

15. आर्थिक सहायता स्वीकृत होने की दशा में किस चिकित्सा संस्थान अस्पताल का नाम प्रेषित की जानी है, उसका नाम व पूर्ण पता.....

16. क्या आवेदक अधिवक्ता द्वारा एडवोकेट वेलफेयर फंड आफ बार कौंसिल आफ इंडिया के मद में नियमित रूप में राशि जमा की गयी है ? यदि हां तो उसका क्रमांक..... दिनांक..... राशि.....

17. आवेदक के परिवार का विवरण :-

नाम	आयु	संबंध	व्यवसाय/नौकरी	मासिक आय
1.....
2.....
3.....
4.....

18. यदि आपको परिषद द्वारा पूर्व में एडवोकेट वेलफेयर फंड आफ बार कौंसिल आफ इंडिया के मद से चिकित्सा आर्थिक सहायता प्रदान की गयी है, तो उसका विवरण दें :-

बैंक ड्राफ्ट क्रमांक..... दिनांक..... राशि.....

सत्यापन

मैं एतद् आज दिनांक..... को यह घोषित करते हुये सत्यापित करता हूँ कि :-

1. इस आवेदन पत्र की कड़िका 1 से लगायत 18 तक मैं मेरे द्वारा दी गयी जानकारीयां पूर्ण सत्य है ।
2. मैं गंभीर रोग से ग्रस्त हूँ, एवं अपनी चिकित्सा कराने में अर्थिक रूप से सक्षम नहीं हूँ ।

दिनांक..... अधिवक्ता के हस्ताक्षर एवं नाम.....

स्थान..... अधिवक्ता का नामांकन क्रमांक.....

मोबाईल/टेलीफोन नंबर.....

मान्यता प्राप्त अधिवक्ता संघ जहां पर आवेदक अधिवक्ता सदस्य है, द्वारा प्रदत्त अनुशंसा पत्र

(जानकारी को आवश्यक पूर्ण रूप से भरना आवश्यक है)

प्रमाणित किया जाता है, कि श्री/श्रीमति/कुमारी..... अधिवक्ता संघ

..... के नियमित सदस्य है । इनका नामांकन क्रमांक..... वर्ष..... है । जिनका नाम संघ की सदस्यता सूची में..... पर दर्ज है । संघ में अंतिम बार मासिक चंदा रसीद क्रमांक..... दिनांक..... है ।

यह भी प्रमाणित किया जाता है, कि एडवोकेट वेलफेयर फंड आफ बार कौंसिल आफ इंडिया के नियम के अनुसार "निर्धन " व्यक्ति है, तथा वे स्वयं का इलाज बिना आर्थिक सहायता के कराने में असमर्थ है । इनके आवेदन पत्र के साथ संलग्न दस्तावेजों को प्रमाणिकरण किये जाने के साथ एडवोकेट वेलफेयर फंड आफ बार कौंसिल आफ इंडिया के मद से चिकित्सा प्रदान किये जाने की मैं अनुशंसा करता हूँ ।

दिनांक.....

स्थान.....

अध्यक्ष/सचिव

जिला/तहसील अधिवक्ता संघ.....

जिला.....

(अधिवक्ता संघ की सील आवश्यक रूप से लगाये)

महत्वपूर्ण नियम व शर्तें

एडवोकेट वेलफेयर फंड के अंतर्गत चिकित्सा आर्थिक सहायता प्रदान किये जाने हेतु नियम

1. "निर्धन" अधिवक्ता से आशय ऐसे अधिवक्ता से है, जो कि अपना एवं अपने परिवार का पोषण करने तथा अपना इलाज कराने में असमर्थ है ।
2. नियमानुसार गंभीर रोग से आशय ब्रेन से संबंधित हर बीमारी फेफड़े, हृदय, पेट अथवा कंपाउन्ड फ्रैक्चर जिसमें एक माह से अधिक समय अस्पताल में रह कर चिकित्सा कराना है, अथवा एडवोकेट वेलफेयर फंड आफ बार कौंसिल आफ इंडिया कमेटी जो बीमारी चिकित्सक के प्रमाण पत्र के अनुसार गंभीर समझती हो ।
3. बीमारी के संबंधित देयक राशि की गणना केवल अस्पताल के फाईनल बिल (अंतिम बिल) के आधार पर की जावेगी अर्थात् अन्यदेयक जैसे- एम्बेलेंस या वाहन से आना जाना, जांच रिपोर्ट (सीटीस्कैन, एक्सरे, खून एवं यूरिन जांच इत्यादि) एवं फार्मसी/मेडीकल स्टोर्स के देयक मान्य नहीं होंगे ।
4. जिन अधिवक्ताओं द्वारा एडवोकेट वेलफेयर फंड आफ बार कौंसिल आफ इंडिया के मद में नियमानुसार प्रतिवर्ष या एक मुस्त राशि जमा नहीं की गयी है, उन्हें एडवोकेट वेलफेयर फंड आफ बार कौंसिल आफ इंडिया के मद से चिकित्सा आर्थिक सहायता राशि की पात्रता नहीं है ।
5. आवेदन पत्र की समस्त कड़िकायें भरना आवश्यक है अपूर्ण आवेदन पत्र पर किसी भी प्रकार विचार नहीं किया जावेगा । संलग्न समस्त दस्तावेजों को अधिवक्ता संघ से प्रमाणिकरण आवश्यक है ।
6. एक 3 X 6 का स्वयं का पत्राचार का पता, पिनकोड एवं मोबाईल नंबर लिखा लिफाफा संलग्न करें ।
