

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 (व)के अंतर्गत चिकित्सा सहायता की पात्रता हेतु वर्णित गंभीर बीमारी से अभिप्रेत है "केन्सर,ओपन हार्ट/बायपास सर्जरी, एन्ज्योप्लास्टी, किडनी, लीवर 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

(अधिवक्ता स्वयं के द्वारा प्रस्तुत करने पर)

1. अधिवक्ता का नाम
2. पिता/पति का नाम
3. उम्र
4. निवास स्थान/पता
- 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.....
4. राज्य विधिज्ञ परिषद का पंजीयन क्रमांक.....
5. उच्च न्यायालय/जिला/तहसील.....
- विधिज्ञ संस्था का पंजीयन क्रमांक
6. व्यवसाय की अवधि
7. बीमारी की प्रकृति/विवरण
8. आवेदक द्वारा, जिस चिकित्सा संस्थान से इलाज कराया जा रहा है, उसका नाम:-
9. वांछित सहायता राशि
10. शासन की अन्य योजना के अंतर्गत.....
- प्राप्त सहायता/राशि के पूर्ण विवरण
11. आवेदक द्वारा आवेदन के साथ संलग्न किये जाने वाले अनिवार्य दस्तावेज:-
 1. राज्य विधिज्ञ परिषद के पंजीयन प्रमाण पत्र की सत्यप्रति प्रति ।
 2. उच्च न्यायालय/जिला/तहसील विधिज्ञ संस्था का पंजीयन प्रमाण पत्र की सत्यप्रति प्रति ।
 3. अधिवक्ता की बीमारी के संबंध में विशेषज्ञ चिकित्सक/मेडीकल कालेज/चिकित्सा संस्थान के दस्तावेज ।
 4. अधिवक्ता वास्तविक रूप से व्यवसायरत् होने के संबंध में विधिज्ञ संस्था के अध्यक्ष का प्रमाण पत्र ।
 5. आय का प्रमाण पत्र ।
 6. बार कौंसिल आफ इंडिया सार्टिफिकेट आफ प्लेस एन्ड प्रेक्टिस वेरिफिकेशन नियम 2015 के तहत वेरिफिकेशन हेतु प्रस्तुत किये गये आवेदन पत्र क्रमांक एवं प्रमाण पत्र ।

दिनांक.....

स्थान.....

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

|| सत्यापन ||

मैं यह सत्यापित करता/करती हूँ कि आवेदन की कंडिका 1 से 4 एवं कंडिका -5 में वर्णित दस्तावेजों में उल्लेखित तथ्य मेरे निजी ज्ञान से सत्य एवं सही है ।

दिनांक.....

स्थान.....

(आवेदक अधिवक्ता का पूर्ण नाम व हस्ताक्षर)

आवेदन पत्र के साथ अनिवार्य रूप से संलग्न निम्न लिखित वचन पत्र 100/- के नाम ज्यूडिशियल स्टाम्प पर तैयार कर प्रेषित करें :-

वचन पत्र का प्रारूप:-

निम्नांकित आवश्यक तथ्यों की जानकारी हेतु एक वचन पत्र लेख कर कर परिषद कार्यालय को प्रेषित करें, कि :-

1. "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" ।

2. बार कौंसिल आफ इंडिया सर्टिफिकेट आफ प्लेस एन्ड प्रेक्टिस वेरिफिकेशन नियम 2015 के तहत वेरिफिकेशन हेतु प्रस्तुत किये गये आवेदन पत्र क्रमांक एवं प्रमाण पत्र/आवेदन पत्र की एम.पी.आन लाईन की प्राप्ति रसीद की प्रति मेरे द्वारा संलग्न की जा रही है ।

आपके द्वारा जो वचन पत्र निष्पादित किया जायेगा । उस पर आप का (संबंधित अधिवक्ता का) नवीनतम छाया चित्र चरपा हो एवं उक्त शपथपत्र नोटरी द्वारा एवं अधिवक्ता संघ के अध्यक्ष / सचिव द्वारा प्रमाणित हो ।

मध्य प्रदेश राज्य अधिवक्ता परिषद : जबलपुर



(एडवोकेट वेलफेयर फंड आफ बार कौंसिल आफ इंडिया वास्ते म.प्र. के अंतर्गत चिकित्सा आर्थिक सहायता हेतु निर्धन अधिवक्ता द्वारा दिया जाने वाला आवेदन पत्र प्रारूप)

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 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.....
4. आवेदक नामांकन पूर्व शासकीय / अशासकीय सेवा में थे.....
5. व्यवसाय स्थल
6. आवेदक अधिवक्ता की आयु
7. आवेदक अधिवक्ता की जन्मतिथी
8. पत्र व्यवहार का पता (सुवाच्य अक्षरों में).....

मोबाईल / टेलीफोन.....

9. बार कौंसिल आफ इंडिया सार्टिफिकेट आफ प्लेस एन्ड प्रेक्टिस वेरिफिकेशन नियम 2015 के तहत वेरिफिकेशन हेतु प्रस्तुत किये गये आवेदन पत्र का क्रमांक.....

10. आवेदक आयकर दाता है, तो विवरण दे.....

11. क्या आवेदक अधिवक्ता का

1. किसी बैंक में खाता है, तो खाते में जमा राशि व बचत खाता

..... क्रमांक तथा पासबुक की तीन वर्ष की छायाप्रति (बैंक द्वारा प्रमाणित)

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

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

1. किस गंभीर रोग से ग्रस्त 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.....

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

14. 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 क्रमवार विवरण :-

रसीद क्रमांक.....

दिनांक.....

राशि.....

14 आवेदक के परिवार का विवरण :-

नाम

आयु

संबंध

व्यवसाय / नौकरी मासिक आय

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

15. यदि आपको 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 कंडिका 1 से लगायत 15 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.....

स्थान.....

अधिवक्ता का नामांकन क्रमांक.....

मोबाईल / टेलीफोन नंबर.....

मान्यता प्राप्त अधिवक्ता संघ जहां पर आवेदक अधिवक्ता सदस्य है,

द्वारा प्रदत्त अनुशंसा पत्र

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

अधिवक्ता संघ.....के नियमित सदस्य है । 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 । इन्हें एडवोकेट वेलफेयर फंड आफ बार कौंसिल आफ इंडियाके मद से चिकित्सा प्रदान किये जाने की मैं अनुशंसा करता हूँ ।

दिनांक.....

अध्यक्ष / सचिव

स्थान.....

जिला / तहसील अधिवक्ता संघ.....

जिला.....

महत्वपूर्ण सूचना

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

1. 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 ।
2. जिन अधिवक्ताओं द्वारा एडवोकेट वेलफेयर फंड आफ बार कौंसिल आफ इंडिया के मद में नियमानुसार प्रतिवर्ष या एक मुश्त 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 ।
3. "निर्धन" अधिवक्ता से आशय ऐसे अधिवक्ता से है, जो कि अपना एवं अपने परिवार का पोषण करने तथा अपना इलाज कराने में असमर्थ है ।
4. बार कौंसिल आफ इंडिया सार्टिफिकेट आफ प्लेस एन्ड प्रेक्टिस वेरिफिकेशन नियम 2015 के तहत वेरिफिकेशन हेतु प्रस्तुत किये गये आवेदन पत्र क्रमांक..... ।