

पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका
पिंपरी - ४११०१८
वैद्यकीय मुख्य कार्यालय
क्र.वैद्य/०७/कावि/७४/१५
दि. ७/१/२०१५

विषय - धन्वंतरी स्वास्थ्य योजना धोरण - २०१३ अंतर्गत कर्मचाऱ्यांचे अवलंबीतांची माहिती सादर करणेबाबतचे प्रतिज्ञापत्र व सभासदत्व नाकारणेबाबतचा अर्ज.

परिपत्रक,

पिंपरी चिंचवड महानगरपालिकेच्या आस्थापनेवरील वर्ग १ ते ४ मधील अधिकारी व कर्मचारी तसेच सेवानिवृत्त अधिकारी व कर्मचारी यांचेकरीता धन्वंतरी स्वास्थ्य योजना धोरण २०१३ लागू करणेकामी निश्चित केलेले धोरण मनपाचे संकेतस्थळावर धोरण या सदराखाली प्रसिध्द केलेले आहे. तसेच यापुर्वी परिपत्रक क्र. वैद्य/७/कावि/२५१३/१४ दि. ३०/१२/१४ अन्वये सर्व विभागप्रमुखांना याबाबत कळविण्यात आले आहे. कर्मचाऱ्यांनी भरून द्यावयाचा प्रतिज्ञापत्र नमुना अ व ब याची प्रत मनपाचे संकेतस्थळावरील विभागांची परिपत्रकेमध्ये वैद्यकीय विभागाच्या परिपत्रकांमध्ये सदरची प्रत प्रसिध्द केली आहे. त्याचे अवलोकन करून सर्व विभागामधील पगारबिल लिपीक कर्मचाऱ्यांनी त्यांचे विभागामध्ये कार्यरत असलेल्या आस्थापनेवरील फक्त कर्मचाऱ्यांचे विहीत नमुन्यातील प्रतिज्ञापत्रामध्ये प्रत्येक कर्मचारी निहाय स्वतंत्र माहिती संगणक प्रणालीमध्ये भरावयाची आहे, आणि सेवानिवृत्त अधिकारी व कर्मचारी यांचे विहीत नमुन्यातील प्रतिज्ञा पत्र ब मधील फॉर्म लेखा विभागामार्फत भरावयाचे आहेत.

मनपाचे धन्वंतरी स्वास्थ्य योजना धोरण २०१३ मधील नियम अनुक्रमांक ३(इ) नुसार मनपाचे अधिकारी व कर्मचाऱ्यांनी तसेच सेवानिवृत्ती वेतन घेणारे अधिकारी व कर्मचाऱ्यांनी सोबत सादर विहीत नमुन्यातील प्रतिज्ञापत्र भरून द्यावयाचे आहे त्याचा नमुना सोबत सादर केलेला आहे. सदरचे प्रतिज्ञापत्र र.रु. १००/- चे स्टॅम्प पेपरवर कर्मचाऱ्यांनी लिहून द्यावयाचे असून त्यावर शाखाप्रमुखांची स्वाक्षरी घेवून त्याची मुळ प्रत कर्मचाऱ्यांचे नमुना अ व ब चे प्रतिज्ञापत्रा सोबत या विभागास पाठवावयाचे आहे.

धन्वंतरी स्वास्थ्य योजना धोरण २०१३ हे मनपाचे अधिकारी व कर्मचाऱ्यांना ऐच्छीक स्वरूपाचे असल्याने ज्यांना सभासदत्व नाकारावयाचे आहे, अशा कर्मचाऱ्यांनी लिहून द्यावयाचे अर्जाचा नमुना सोबत सादर केला आहे. मनपाचे धन्वंतरी स्वास्थ्य योजना धोरण २०१३ मधील नियम अनुक्रमांक १(३) नुसार धन्वंतरी स्वास्थ्य योजना लागू झालेनंतर वैद्यकीय बिलाचे प्रतिपुर्तीकामी यापुर्वी असणारे धोरण / ठराव / आदेश निरस्त होणार असलेने सभासदत्व नाकारणारे अधिकारी व कर्मचाऱ्यांना वैद्यकीय बिलाची प्रतिपुर्ती करून मिळणार नाही. व धन्वंतरी स्वास्थ्य योजनेमध्ये पुन्हा सहभाग घेता येणार नाही याची व वरीलप्रमाणे प्रतिज्ञापत्राची समज आपले नियंत्रणाखाली सर्व अधिकारी व कर्मचारी यांना आपलेमार्फत देण्यात यावी.

वरीलप्रमाणे प्रतिज्ञापत्राचा नमुना व सभासदत्व नाकारणेबाबतचा अर्ज विहित नमुना पिंपरी चिंचवड मनपाच्या संकेतस्थळावरील विभागांचे परिपत्रकांमध्ये वैद्यकीय विभागाच्या परिपत्रकांमध्ये उपलब्ध करून देण्यात आलेला आहे. याची आपले नियंत्रणाखालील सर्व अधिकारी व कर्मचाऱ्यांना समज देण्यात येवून प्रतिज्ञापत्र भरून घ्यावी.

आरोग्य वैद्यकीय अधिकारी
पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका
पिंपरी - ४११०१८

प्रत -

सर्व संबंधित विभागप्रमुख

२/- प्रस्तुत परिपत्रकाची प्रत आपले नियंत्रणाखालील सर्व अधिकारी / कर्मचारी यांचे निदर्शनास आणून द्यावी.

पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका, पिंपरी - ४११ ०१८
वैद्यकीय विभाग
धन्वंतरी स्वास्थ्य योजनेअंतर्गत अवलंबितांची माहिती सादर करणेकामी
कर्मचा-यांनी लिहून द्यावयाचे प्रतिज्ञापत्र (स्वतंत्र कोन्या कागदावर)

मी, श्री/श्रीमती, पदनाम -,
विभाग, पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका, सत्यप्रतिज्ञेवर कथन करतो/करिते की, धन्वंतरी स्वास्थ्य योजना धोरण २०१३ मधील नियम ३ (इ) मध्ये नमूद असलेल्या व्याख्येनुसार माझे कुटुंबातील खालील व्यक्तीचा समावेश आहे. तसेच खालील नमूद सर्व व्यक्ती हे संपूर्णतः माझ्यावर आर्थिकदृष्ट्या अवलंबून आहेत.

अ. क्र.	सभासदाचे कुटुंबातील नावे	जन्मतारीख	वय	सभासदाशी नाते	शेरा
१					
२					
३					

मी, प्रतिज्ञापूरवक असेही कथन करतो / करिते की, उपरोक्त नमूद केलेली माहिती ही खरी असून त्याचे सत्यतेसाठी मी कोणत्याही वेळी कागदोपत्री पुरावा सादर करणेस बांधील राहील. तसेच वर नमूद माहितीमध्ये कालपरत्वे काही बदल झालेस अथवा धन्वंतरी स्वास्थ्य योजनेमधील धोरणानुसार कौटुंबिक माहिती बदलणेबाबत वेळचे वेळी कार्यालयास कळविण्यात येईल.

वरील नमूद माहिती खोटी असल्याचे निदर्शनास आल्यास माझे व माझे कुटुंबियांवर धन्वंतरी स्वास्थ्य योजनेअंतर्गत वैद्यकीय उपचारासाठी करण्यात आलेल्या खर्चाची दंडासह वसुली माझ्या मासिक वेतनामधून करण्यात येईल. तसेच उपरोक्त खोट्या माहितीमुळे महानगरपालिकेची आर्थिक फसवणूक झाल्यास मी प्रशासकीय कारवाईस पात्र राहील.

सदरचे प्रतिज्ञापत्र हे धन्वंतरी स्वास्थ्य योजना, धोरण २०१३ मधील नियम ३ (इ) नुसार मी दि. / / रोजी लिहून देत आहे.

माझे समक्ष स्वाक्षरी केली.

कर्मचा-याची स्वाक्षरी :

कर्मचा-याचे नाव :

शाखाप्रमुख
पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका
पिंपरी - ४११ ०१८

टीपः - १) कर्मचा-यांनी त्यांचे पती अथवा पत्नी अन्य कोणत्याही कार्यालयामध्ये (खाजगी / सरकारी) नोकरी करित असल्यास, तसेच त्यांचे कुटुंबामध्ये नोकरी करणारे अपत्य (मुलगा / मुलगी) व र.रु. ६,७८२/- (मुळवेतन) पेक्षा अधिक पेन्शन असलेले पालक (आई, वडील / सासू सासरे) यांचा समावेश करू नये.

२) धन्वंतरी स्वास्थ्य योजना धोरण २०१३ मध्ये नमूद असलेल्या अटीनुसारच प्रतिपूर्ती करण्यात येईल अन्य कोणत्याही अधिनियम / नियमाचे तरतुदींचा यामध्ये समावेश राहणार नाही.

पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका, पिंपरी - ४११ ०१८

वैद्यकीय विभाग

धन्वंतरी स्वास्थ्य योजना धोरण २०१३ अंतर्गत सभासदत्व नाकारणेबाबत अर्ज

अर्जदाराचे नाव: -

पदनाम: -

विभाग : -

दिनांक - / /२०१५

प्रति,

मा.आयुक्त सो.

पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका

पिंपरी - ४११ ०१८.

विषय: - धन्वंतरी स्वास्थ्य योजना धोरण २०१३ अंतर्गत सभासदत्व न स्विकारणेबाबत.

महोदय,

मी, श्री/श्रीमती, विभागामध्ये

..... पदावर कार्यरत असून मी महानगरपालिकेमार्फत राबविण्यात येणा-या धन्वंतरी स्वास्थ्य योजना धोरण २०१३ मध्ये सहभागी होणेस इच्छुक नाही. त्यामुळे आपणांस विनंती की, माझी सदर योजनेअंतर्गत असलेली र.रु./- ची मासिक कपात करण्यात येऊ नये.

तसेच, सदर योजनेचे धोरणामध्ये नमूद असलेल्या नियम क्र. १(३) नुसार धन्वंतरी योजना लागू झाल्यानंतर महानगरपालिकेच्या अधिकारी / कर्मचारी यांना लागू असणारे भूतपूर्व सर्व धोरण / ठराव / आदेश निरस्त होणार असल्याने मला अन्य कोणत्याही वैद्यकीय बिलांची प्रतिपूर्ती करुन मिळणार नाही तसेच सदर योजनेमध्ये सहभागी होण्याच्या विहित मुदतीनंतर मी धन्वंतरी स्वास्थ्य योजनेमध्ये सहभागी होणेकरिता पात्र नाही याबाबत मला जाणीव आहे.

कळावे,

आपला विश्वासू,

कर्मचा-याची स्वाक्षरी :

कर्मचा-याचे नाव :

शाखाप्रमुख

पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका

पिंपरी - ४११ ०१८