

पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका

पिंपरी - ४११ ०१८

वैद्यकीय मुख्य कार्यालय

क्र.वैद्य/०७/कावि/२५१३/२०१४

दि. ३०/१२/२०१४

विषय - धन्वंतरी स्वास्थ्य योजना धोरण - २०१३ अंमलबजावणीबाबत.

परिपत्रक,

पिंपरी चिंचवड महानगरपालिकेच्या आस्थापनेवरील फक्त वर्ग १ ते ४ मधील अधिकारी व कर्मचाऱ्यांचे मासिक वेतनामधुन दरमहा र.रु. ३००/- धन्वंतरी निधी कपात केला जाणार आहे व महानगरपालिकेच्या वतीने प्रत्येक सभासद निहाय र.रु. ६००/- इतकी रक्कम या निधीमध्ये जमा केला जाणार आहे. तसेच सेवानिवृत्त अधिकारी व कर्मचारी यांना देय असलेल्या निवृत्ती वेतनामधुन दरमहा र.रु. १५०/- धन्वंतरी निधी कपात केला जाणार आहे. व महानगरपालिकेच्या वतीने प्रत्येक सभासद निहाय र.रु. ३००/- इतकी रक्कम या निधीमध्ये जमा केली जाणार आहे. धन्वंतरी स्वास्थ्य योजना धोरण - २०१३ ची संपूर्ण प्रत मनपाचे अधिकृत संकेतस्थळावरील महानगरपालिकेची धोरणे यामध्ये धन्वंतरी धोरण म्हणुन प्रसिध्द केले आहे. व मनपा अधिकारी / कर्मचारी यांनी भरून द्यावयाचा प्रतिज्ञापत्र नमुना अ तसेच सेवा निवृत्त अधिकारी / कर्मचारी यांनी भरून द्यावयाचा प्रतिज्ञा पत्र नमुना व याची प्रत मनपाचे संकेतस्थळावरील विभागांची परिपत्रकेमध्ये वैद्यकीय विभागाच्या परिपत्रकांमध्ये सदरची प्रत प्रसिध्द केली आहे. त्याचे अवलोकन करून सर्व विभागामधील पगारबिल लिपीक कर्मचाऱ्यांना त्यांचे विभागामध्ये कार्यरत असलेल्या कर्मचाऱ्यांचे विहीत नमुन्यातील प्रतिज्ञापत्रामध्ये प्रत्येक कर्मचारी निहाय स्वतंत्र माहिती संगणक प्रणालीमध्ये भरावयाची आहे. आणि सेवानिवृत्त अधिकारी व कर्मचारी यांचे विहीत नमुन्यातील प्रतिज्ञा पत्र व मधील फॉर्म लेखा विभागामार्फत भरावयाचे आहेत.

मनपाचे संगणक विभागामार्फत धन्वंतरी स्वास्थ्य योजना धोरण २०१३ अंमलबजावणी करिता स्वतंत्र संगणक प्रणाली तयार करणेत आलेली आहे. सदर संगणक प्रणालीमध्येच विहीत केलेल्या प्रतिज्ञापत्र नमुना अ व ब मध्ये कर्मचारी निहाय स्वतंत्र फॉर्म सॉफ्टकॉपीमध्ये भरावयाचे आहे. व सदरचे फॉर्ममध्ये नमुद केलेप्रमाणे आवश्यक असणारी कागदपत्रे व कुटुंबातील सदस्यांचे फोटो स्कॅन करून फॉर्म भरावयाचे आहेत. सदर फॉर्म पुर्ण भरल्यानंतर त्याची हार्डकॉपी विभागाने काढावयाची असून त्यावर संबंधित विभाग प्रमुख यांनी स्वाक्षरी करून प्रत्येक अर्जामध्ये ज्या कागदपत्रावरून माहिती भरली आहे. त्या कागदपत्रांची झेरॉक्स सत्यप्रत प्रत्येक फॉर्म सोबत स्वतंत्रपणे पाठवावयाची आहे. प्रत्येक विभागाने आपले नियंत्रणाखाली असलेल्या सर्व कर्मचाऱ्यांची एकत्रीत माहिती दि. ३१/०१/२०१५ पर्यंत एकत्रीत यादी तयार करून त्यासोबत असलेल्या फॉर्मवर यादीमधील अनुक्रमांक लिहून एकत्रीत फॉर्म कागदपत्रांना पंचींग करून फाईल तयार करून सादर करावेत. तसेच लेखा विभागाने देखील सेवानिवृत्त अधिकारी / कर्मचाऱ्यांबाबत वरीलप्रमाणे एकत्रीत यादी व फाईल तयार करून फॉर्म वैद्यकीय विभागाकडे सादर करावेत.

विहीत नमुना प्रतिज्ञापत्र अ व ब मध्ये फॉर्म सॉफ्टकॉपीमध्ये भरणेकरिता खालीलप्रमाणे संगणक प्रणालीचा वापर करावा. प्रथम पिंपरी चिंचवड मनपाचे वेबसाईटवर जाऊन त्यामध्ये इंटरनेट मधुन पगारबिल संगणक प्रणाली ओपन करावी याची कार्यपद्धती खालीलप्रमाणे आहेत.

1st Step

1. PCMC Site (pcmcindia.gov.in) → 2. Intranet → 3. Payroll → 4. Dhanvantari → 5. Dhanvantari Form A / B → 6. Employee Number

(संगणक क्रमांक टाकलेनंतर कर्मचाऱ्याची सगळी माहिती दिसते व धन्वंतरी संबंधित अतिरिक्त माहिती टाकून त्याचा संचय करावा)

2nd Step

1. PCMC Site (pcmcindia.gov.in) → 2. Intranet → 3. Payroll → 4. Dhanvantari → 5. Dhanvantari Print A / B → 6. Employee Number

(संगणक क्रमांक टाकलेनंतर कर्मचाऱ्याची सगळी माहिती दिसते व त्याची प्रिंट काढावी)

आरोग्य वैद्यकीय अधिकारी
पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका
पिंपरी - ४११ ०१८

प्रत -

सर्व संबंधित विभागप्रमुख

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

पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका
धन्वंतरी स्वास्थ्य योजना
प्रतिज्ञापत्र (नमुना अ)

(पेमेंट ऑफ वेजेसच्या कलम ७ (२) व युनियन मान्यता व अनुचित प्रथा कायदा कलम २० अनुसार)

कर्मचारी / संगणक क्रमांक

सभासदाचे संपूर्ण नाव

: श्री/श्रीम.....

पदनाम

:

विभागाचे नाव

:

निवासाचा संपूर्ण पत्ता

:

:

:

माबाईल क्रमांक

:

जन्म दिनांक

:

वडिलांचे / पतीचे नाव

:

सभासदाचे वय वर्ष

:

नियमित वेतन श्रेणीतील रुजू दिनांक

:

सभासदावर अवलंबून असलेल्या कुटुंबातील व्यक्तीचे नावे (प्रतिज्ञापत्र देणाऱ्याचे नाव वगळून) :

अ.क्र	सभासदाचे कुटुंबातील नावे	जन्मदिनांक	वय	सभासदांशी नाते	पुरावा
१					
२					
३					
४					
५					

मी सत्यप्रतिज्ञेवर जाहिर करतो/करते की, वर दिलेली माहिती सत्य व बरोबर आहे. यामध्ये जे बदल होतील ते मी अशा बदलाच्या दिनांकापासून १५ दिवसांच्या आत धन्वंतरी कक्ष, वैद्यकीय विभाग यांचेकडे शाखाप्रमुखांच्या शिफारशीने लेखी कळवीन व त्याची संपूर्ण जबाबदारी माझ्यावर राहील. मी या योजनेचा सभासद होण्यास इच्छुक आहे. सदर योजनेतर्गत माझे दरमहाचे मासिक वेतनातून र.रु. ३००/- प्रमाणे कपात करून देण्यास या प्रतिज्ञापत्राद्वारे संमती देत आहे. धन्वंतरी योजनेचा लाभ वरीलप्रमाणे माझ्यावर पूर्णपणे अवलंबून असणाऱ्या सभासदांकरीताच करेन, तसे न आढळल्यास कायदेशीर कारवाईस मी पात्र राहीन याची मला जाणीव आहे.

सभासदाची सही

खातेप्रमुख/कार्यालयप्रमुख यांची शिफारस

१. सेवकाचे नाव

: श्री/श्रीम.....

२. मनपा सेवेतील वेतनश्रेणीतील नेमणूक दि:

:

३. वेतन बिल क्रमांक

:

४. सेवा निवृत्ती दिनांक

:

खातेप्रमुख/कार्यालयप्रमुख सही व शिक्का

श्री/श्रीमती -----यांना धन्वंतरी स्वास्थ्य योजनेचे सभासदत्व देण्यात आलेले असून त्यांचा सभासद क्र -----असा आहे. त्यांच्या दरमहाच्या वेतनातून र.रु. ३००/- प्रमाणे धन्वंतरी स्वास्थ्य योजनेचा निधी कपात करण्यात यावा.

आरोग्य वैद्यकीय अधिकारी
पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका
पिंपरी - ४११ ०१८

सोबत खालीलप्रमाणे कागदपत्रे पुराव्या दाखल जोडणे आवश्यक आहे -

१. प्रत्येक सभासदाचा पासपोर्ट आकाराचा एक फोटो
२. सभासदावर पुर्णपणे अवलंबून असणाऱ्या अपंग / मतीमंद पाल्याच्या बाबतीत जिल्हा शल्यचिकित्सक रुग्णालयाचे अलीकडील प्रमाणपत्राची झेरोक्स सत्यप्रत
३. रेशनिंग कार्डची झेरोक्स सत्यप्रत
४. मुलगी विधवा असल्यास तिचे विवाह नोंदणी प्रमाणपत्र व पतीचा मृत्युचा दाखला झेरोक्स सत्यप्रत
५. मुलगी घटस्फोटीत असल्यास तिचे विवाह नोंदणी प्रमाणपत्र व पतीचा न्यालयाकडील घटस्फोटाचे निर्णयाची झेरोक्स सत्यप्रत.
६. महिला कर्मचाऱ्यांच्या बाबतीत आई वडील अथवा सासु सासरे या दोन्हीपैकी फक्त एकाची सभासदत्वासाठी नावे नोंदणी करू शकतात. विवाहीत महिला कर्मचाऱ्यांना त्यांच्या आई वडीलांची नावे समाविष्ट करावयाची असल्यास नोटरीज प्रतिज्ञापत्र (प्रतिज्ञापत्रावर आई वडीलांचे नजीकचे काळातील फोटो प्रमाणित करणे आवश्यक राहिल.)
७. पाल्य सभासदांचे जन्म तारखेचे दाखले जोडावेत (जन्म दाखला, शाळा सोडल्याचा दाखला, SSC उत्तीर्ण बोर्ड प्रमाणपत्र, आधार कार्ड सत्यप्रत)
८. दत्तक मुलगा/ मुलगी असल्यास मे. न्यायालयीन आदेशाची झेरोक्स सत्यप्रत.
९. ३१ मार्च २००२ नंतर ०२ पेक्षा अधिक अपत्य असल्यास असे अपत्य सभासदत्व होणेस अपात्र राहतील.

पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका
धन्वंतरी स्वास्थ्य योजना
(प्रतिज्ञापत्र (नमुना ब))

(पेमेंट ऑफ वेजेसच्या कलम ७ (२) व युनियन मान्यता व अनुचित प्रथा कायदा कलम २० अनुसार)

PPO No. :
सभासदाचे संपूर्ण नाव :
पदनाम :
विभागाचे नाव :
निवासाचा संपूर्ण पत्ता :
.....
.....
कायमचा पत्ता :
.....
.....
मोबाईल क्रमांक :
वडिलांचे / पतीचे नाव :
सेवानिवृत्त दिनांक :

सभासदावर अवलंबून असलेल्या कुटुंबातील व्यक्तींची नावे (प्रतिज्ञापत्र देणाऱ्याचे नाव वगळून) :

अ.क्र	सभासदाचे कुटुंबातील नावे	जन्मदिनांक	वय	सभासदांशी नाते	पुरावा
१					
२					
३					
४					
५					

मी सत्यप्रतिज्ञेवर जाहिर करतो/करते की, वर दिलेली माहिती सत्य व बरोबर आहे. यामध्ये जे बदल होतील ते मी अशा बदलाच्या दिनांकापासून १५ दिवसांच्या आत कार्यालयास लेखी कळवीन व त्याची संपूर्ण जबाबदारी माझ्यावर राहील. मी या योजनेचा सभासद होण्यास इच्छुक आहे. सदर योजनेतर्गत मी माझे दरमहाचे सेवानिवृत्ती वेतनातुन र.रु. १५०/- प्रमाणे कपात करुन देणेस या प्रतिज्ञापत्राद्वारे संमती देत आहे. धन्वंतरी योजनेचा लाभ माझ्या पती / पत्नी व आर्थिक दृष्ट्या माझ्यावर पूर्णपणे अवलंबून असणाऱ्या व वरीलप्रमाणे नमुद केलेल्या सभासदांकरीताच करेन, असे न आढळल्यास कायदेशीर कारवाईस मी पात्र राहीन याची मला जाणीव आहे.

सभासदाची सही.

मुख्यलेखापाल कार्यालय

१. सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे नाव :
२. सेवानिवृत्त दिनांक :
३. पती/ पत्नी हयात आहेत अगर कसे ?

खातेप्रमुख / कार्यालयप्रमुख सही व शिक्का

श्री/श्रीम.सेवानिवृत्त सेवक / सेविका यांना धन्वंतरी स्वास्थ्य योजनेचे सभासदत्व देण्यात आलेले असून त्यांचा सभासद क्र.असा आहे. त्यांच्या मासिक सेवानिवृत्तीवेतनातुन दरमहा र.रु. १५०/- प्रमाणे रक्कम कपात करण्यात यावी.

आरोग्य वैद्यकीय अधिकारी
पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका
पिंपरी - ४११ ०१८

सोबत खालीलप्रमाणे कागदपत्रे पुराव्या दाखल जोडणे आवश्यक आहे -

१. प्रत्येक सभासदाचा पासपोर्ट आकाराचा एक फोटो
२. सभासदावर पुर्णपणे अवलंबून असणाऱ्या अपंग / मतीमंद पाल्याच्या बाबतीत जिल्हा शल्यचिकित्सक रुग्णालयाचे अलीकडील प्रमाणपत्राची झेरॉक्स सत्यप्रत
३. रेशनिंग कार्डची झेरॉक्स सत्यप्रत
४. मुलगी विधवा असल्यास तिचे विवाह नोंदणी प्रमाणपत्र व पतीचा मृत्युचा दाखला झेरॉक्स सत्यप्रत

