

पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका, पिंपरी - ४११०१८

वैद्यकीय विभाग

धन्वंतरी स्वास्थ्य योजनेअंतर्गत अवलंबितांची माहिती सादर करणेकामी

कर्मचा-यांनी लिहून द्यावयाचे प्रतिज्ञापत्र (स्वतंत्र कोऱ्या 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 व्यक्ति 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 - ४११०१८

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.