

## हमीपत्र ड

### (सेवानिवृत्त अधिकारी/ कर्मचारी यांचेसाठी)

सेवानिवृत्त अधिकारी / कर्मचारी : PPO NO .....  
संपूर्ण नाव : श्री./श्रीम.....  
सेवानिवृत्ती वेळचे पदनाम : .....  
सेवानिवृत्ती वेळचा संवर्ग : .....

संवर्ग	रुग्णालयातील उपलब्ध सुविधा	वर्गणी रक्कम रुपये
वर्ग १ आणि वर्ग २	प्रायव्हेट रुम	१,५००/-
वर्ग ३	सेमी प्रायव्हेट रुम	१,१००/-
वर्ग ४	जनरल वार्ड	७००/-

धन्वंतरी गोल्ड धोरणाची व वरील तक्त्यामध्ये नमूद केल्यानुसार रुग्णालयातील उपलब्ध सुविधांबाबत मला पूर्ण माहिती आहे व ती मला मान्य आहे.

तथापि धोरणामध्ये नमूद केलेल्या संवर्गानुसार मला.....(प्रायव्हेट रुम /सेमी प्रायव्हेट रुम/ जनरल वार्ड) सुविधा उपलब्ध आहे, परंतु मला.....(प्रायव्हेट रुम /सेमी प्रायव्हेट रुम/ जनरल वार्ड ) सुविधा हवी असल्याने त्या संवर्गातील मासिक हसा दरमहाचे वेतनातून र.रु. .... प्रमाणे कपात करून देण्यास या हमीपत्राद्वारे मी संमती देत आहे. सदर सुविधेमध्ये भविष्यात बदल करता येणार नाही याची मला पूर्ण कल्पना आहे.

तसेच धन्वंतरी गोल्ड योजना २०२५ चे धोरणानुसार रुग्णालयाच्या वर्गानुसार रुग्णालयातून डिस्चार्ज घेतेवेळेस उपरोक्त तक्त्यानुसार मनपाने भरावयाचा हिस्सा व मला भरावयाचा हिस्सा याबाबत मला माहिती आहे.

रुग्णालयाचा वर्ग	मनपामार्फत रुग्णालयास अदा करावयाची रक्कम	अधिकारी/ कर्मचार्याने बिलापोटी रुग्णालयातून डिस्चार्ज घेतेवेळेस भरावयाची रक्कम
A	९०%	१०%
B	९५%	५%
C	१००%	०%

धन्वंतरी गोल्ड धोरणाविषयी संपूर्ण माहिती मी घेतली असून माझ्या याबाबत कुठलीही तक्रार नाही.

### सभासदाची सही

लेखा विभाग प्रमुखांची शिफारस

१. अधिकारी/ कर्मचारी : श्री./ श्रीम. ....  
२. रुग्णालयातील उपलब्ध सुविधा : प्रायव्हेट रुम/ सेमी प्रायव्हेट रुम / जनरल वार्ड  
३. सेवानिवृत्ती वेतन बिलातून कपात करावयाची रक्कम : .....