

प्रपत्रक,

श्री विजय कृष्ण सम्सेना,
प्रमुख वित्त सचिव एवं
निदेशक,
उ० प्र० राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा निदेशालय,
लखनऊ ।

सेवा में,

समस्त विभागाध्यक्ष तथा
प्रमुख कार्यालयध्यक्ष,
उत्तर प्रदेश ।

संख्या सामूहिक बीमा-बे० फण्ड-३०/१९८८

लखनऊ: २४ जून-१९८८

विषय:- हृदयरोग तथा कैंसर आदि जानलेवा बीमारियों के इलाज के लिए प्रदेश से बाहर जाकर इलाज कराने के लिए उत्तर प्रदेश इम्प्लाइज बेनीवोलेण्ट फण्ड से सहायता ।

महोदय,

उत्तर प्रदेश सरकार के अधीन कार्यरत राजकीय अधिकारियों/कर्मचारियों को उत्तर प्रदेश कर्मचारी (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली-१९४६ के अधीन चिकित्सा सुविधायें उपलब्ध होती हैं। उक्त नियमावली में ऐसा कोई नियम नहीं है जिसके अन्तर्गत राजकीय अधिकारियों/कर्मचारियों को प्रदेश से बाहर चिकित्सा सुविधा उपलब्ध करायी जाए, किन्तु शासन द्वारा विशेष परिस्थितियों में ऐसे रोगों की चिकित्सा तथा गम्भीर मामलों में विशेषज्ञ चिकित्सा हेतु नियमों में शिथिलता प्रदान कर प्रदेश से बाहर चिकित्सा कराने की अनुमति प्रदान की जाती है। प्रदेश से बाहर राजकीय अधिकारियों/कर्मचारियों की चिकित्सा पर काफी व्यय होता है, किन्तु शासन द्वारा केवल अस्पताल चार्ज तथा औषधियों आदिके व्यय की प्रतिपूर्ति दावे के गुणवत्तुण के आधार पर परीक्षणोपरांत की जाती है। रोगी के साथ प्रदेश से बाहर गये परिवार के रहने, ठहरने, खाने-पीने आदिकी व्यवस्था रोगी को स्वयं वहन करनी पड़ती है। इसके अतिरिक्त रोगी की डाइट, डिस्पोजेबिल आइटम्स कुछ औषधियां तथा टानिक लजटिव आदिकी प्रतिपूर्ति रोगी को नहीं की जाती। आपरेशन में डिस्पोजेबिल आइटम्स पर काफी व्यय होता है। इस प्रकार प्रदेश से बाहर इलाज कराने पर राजकीय अधिकारियों/कर्मचारियों को काफी व्यय भोगना पड़ता है। अतः ऐसे मामलों में, जिनमें राजकीय अधिकारियों/कर्मचारियों को इलाज कराने हेतु प्रदेश से बाहर जाना होता है, उत्तर प्रदेश इम्प्लाइज बेनीवोलेण्ट फण्ड से सहायता प्रदान करने का निर्णय लिया गया है। यह सहायता निम्न शर्तों व प्रतिबन्धों के अधीन देय होगी:-

- (१) यह सहायता रोगी को सौ रुपये प्रतिदिन की दर से चिकित्सा की अवधि तक के लिए ही देय होगी। प्रबन्ध समिति इस दर में संशोधन करने हेतु सक्षम है।
- (२) सहायता प्राप्त करने हेतु रोगी को प्रदेश से बाहर इलाज कराने की राज्य सरकार की अनुमति प्रदान किये जाने तथा बाहर इलाज कराने की अवधि का प्रमाण-पत्र प्रस्तुत करना होगा।
- (३) यह सहायता रोगी का इलाज पूर्ण हो जाने के उपरांत देय होगी।
- (४) प्रार्थना-पत्र प्रस्तुत कर देने मात्र से प्रार्थना को सहायता प्राप्त करने का अधिकार प्राप्त नहीं हो जाएगा।

सहायता प्राप्त करने के संबंध में निम्न प्रक्रिया अपनानी जाएगी:-

- (१) सहायता के लिए प्रार्थना-पत्र संलग्नक-१ में भर करके तीन प्रतियों में प्रशासकीय विभाग/कार्यालय-ध्यक्ष को प्रस्तुत किया जाना होगा।
- (२) प्राप्त प्रार्थना-पत्र की तीनों प्रतियों पर प्रशासकीय विभाग के अधिकारी/कार्यालयध्यक्ष द्वारा प्रविष्टियां पूर्ण करके तथा हस्ताक्षर करके तीनों प्रतियों को प्रशासकीय विभाग/विभागाध्यक्ष को भेजा जाएगा।
- (३) प्रशासकीय विभाग/विभागाध्यक्ष तीनों प्रतियों को संलग्नक-२ के पत्र के साथ संयोजक, उत्तर प्रदेश इम्प्लाइज बेनीवोलेण्ट फण्ड को भेजेंगे।
- (४) संयुक्त निदेशक, उत्तर प्रदेश राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा निदेशालय, लखनऊ, जो उत्तर प्रदेश इम्प्लाइज बेनीवोलेण्ट फण्ड के संयोजक एवं कोषाध्यक्ष भी हैं, ऐसे प्रार्थना-पत्रों के प्राप्त होने पर, जो उपर्युक्त शर्तों व प्रतिबन्धों को पूरा करते हैं और जिनके संबंध में कोई विवाद न हो, सहायता की धनराशि के स्वीकृत आदेश जारी करेंगे और भुगतान हेतु एकाउण्टपयी चक जारी करेंगे।
- (५) कोषाध्यक्ष द्वारा संलग्नक-१ की तीनों प्रतियों पर स्वीकृत धनराशि तथा चेक का सम्पूर्ण विवरण अंकित किया जाएगा। इसके उपरांत संलग्नक-१ की एक प्रति संयुक्त निदेशक के कार्यालय में रोक ली जायगी तथा चेक एवं संलग्नक-१ की दो प्रतियां प्रशासकीय विभाग/विभागाध्यक्ष को भेजी जायेंगी। प्रशासकीय विभाग/विभागाध्यक्ष द्वारा अपने कार्यालय में इस प्रयोजन हेतु रक्खे जा रहे रजिस्टर में प्रविष्टियों को अंकित किया जायगा तथा संलग्नक-१ की एक प्रति रोक करके उनके कार्यालय में सुरक्षित रक्खी जायेंगी। संलग्नक-१ की एक प्रति

एकाउण्टपेयी चेक सहित उस प्रशासकीय विभाग के अधिकारी/कार्यालयाध्यक्ष को भेजी जाएगी जिसने संलग्नक-के प्रथम-पत्र को प्रशासकीय विभाग/विभागाध्यक्ष को अग्रसारित किया है। चेक प्राप्त होने पर संबंधित अधिकारी उसे प्रार्थी को प्राप्त करायेंगे और प्राप्ति रसीदलीन प्रतियों से प्राप्त करेंगे। एक प्रति कोषाध्यक्ष, उत्तर प्रदेश इम्प्लाईज बेनीवोलेंट फण्ड को, एक प्रति संबंधित प्रशासकीय विभाग/विभागाध्यक्ष को भेजी जायगी तथा एक प्रति वह अपने कार्यालय में सुरक्षित रखेंगे। संयुक्त निदेशक अपने कार्यालय में इस प्रयोजन हेतु समुचित अभिलेख भी रक्खेंगे।

(6) जिन मामलों में इस शासनादेश की शर्तें पूरी न होती हों, विवाद हो अथवा संदेह की स्थिति हो, उनमें प्रबन्ध समिति का निर्णय प्राप्त किया जाएगा, जो अन्तिम होगा।

सहायता की यह योजना दिनांक 1-4-1988 से लागू होगी। उक्त तिथि को अथवा उसके पश्चात् यह योजना उन सभी सरकारी सेवकों पर लागू है/होगी, जो उत्तर प्रदेश राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा योजना से अछादित हैं/होंगे।

संलग्नक:- उपर्युक्त- 2

भवदीय,
विजय कृष्ण सक्सेना,
प्रमुख वित्त सचिव
एवं निदेशक।

संख्या सामूहिक बीमा-बे० फण्ड- 30- (1)/1988, तद्दिनांक।

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित:-

- 1-- सचिवालय के समस्त अनुभाग।
- 2-- विधान सभा/विधान परिषद् सचिवालय।
- 3-- श्री राज्यपाल का सचिवालय।
- 4-- महालेखाकार, उत्तर प्रदेश- 1, इलाहाबाद।

आज्ञा से,
जे० बी० सिंह,
संयुक्त निदेशक।

सेवा में,

प्रशासकीय विभाग/
कार्यालयाध्यक्ष, कार्यालय का नाम
व पूर्ण पता।

विषय:—हृदयरोग तथा कैंसर आदि जानलेवा बीमारियों के इलाज के लिए प्रदेश से बाहर जाकर इलाज कराने के लिए उत्तर प्रदेश इम्प्लाईज बेनीवोलेंट फण्ड से सहायता।

महोदय,

निवेदन है कि मैं..... से पीड़ित था, जिसके लिए मैंने प्रदेश से बाहर जाकर इलाज कराया था।
(रोग का नाम)

जिसका विस्तृत विवरण निम्नवत् है:—

- 1—प्राथी का नाम.....
- 2—पिता/पति का नाम.....
- 3—पदनाम तथा वेतनमान.....
- 4—कार्यरत कार्यालय का पता.....
- 5—विभागाध्यक्ष का नाम व पता.....
- 6—रोग का नाम.....
- 7—रोग किस अंग में था?.....
- 8—प्रदेश से बाहर कहां इलाज कराया गया.....
- 9—सरकार के जिस आदेश द्वारा.....
प्रदेश से बाहर इलाज की.....
अनुमति दी गई हो उसकी.....
संख्या व दिनांक तथा विभाग.....
जिससे आदेश निर्गत हुआ हो.....
- 10—प्रदेश से बाहर इलाज की अवधि.....

मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त विवरण सही है। मैं सरकार के उस आदेश की राजपत्रित अधिकारी द्वारा प्रमाणित प्रति भी संलग्न कर रहा हूँ जिसके द्वारा मुझे प्रदेश से बाहर इलाज कराने की अनुमति प्रदान की गयी है। प्रदेश से बाहर इलाज की अवधि का संबंधित चिकित्सालय/संस्थान/ग्रन्थ (यदि कोई हो) के प्रमाण-पत्र की राजपत्रित अधिकारी द्वारा प्रमाणित प्रति भी संलग्न कर रहा हूँ।

आपसे प्रार्थना है कि उत्तर प्रदेश इम्प्लाईज बेनीवोलेंट फण्ड से अनुमन्य सहायता दिलाने का कष्ट करें।

संलग्नक:—उपर्युक्तानुसार।

प्राथी

हस्ताक्षर
(नाम)

शासन के प्रशासकीय विभाग/
कार्यालयाध्यक्ष के कार्यालय के प्रयोगार्थ

मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त विवरण सही है और उपरोक्त विवरण के आधार पर इस कार्यालय के सरकारी सेवक श्री/श्रीमती..... पदनाम..... को उत्तर प्रदेश इम्प्लाईज बेनीवोलेंट फण्ड से अनुमन्य सहायता दिये जाने की संस्तुति करता हूँ। सहायता के लिए इससे पूर्व इनका कोई प्रार्थना-पत्र अप्रसारित नहीं किया गया है।

प्रशासकीय विभाग के अधिकारी/

कार्यालयाध्यक्ष के हस्ताक्षर.....

हस्ताक्षरकर्ता का नाम.....

हस्ताक्षरकर्ता का पदनाम.....

कार्यालय की मुहर.....

संलग्नक-2

प्रेषक,

शासन स्तर पर प्रशासकीय
विभाग/विभागाध्यक्ष,
कार्यालय का नाम व पूर्ण पता।

सेवा में,

संयोजक,

उत्तर प्रदेश इम्प्लाईज बेनीवोलेंट फण्ड,
विकास द्वीप, चतुर्थ तल (छठा लेविल),
22, स्टेशन रोड, लखनऊ।

विषय-श्री/श्रीमती पदनाम
कार्यालय का नाम को प्रदेश से बाहर इलाज कराते हेतु उत्तर प्रदेश
इम्प्लाईज बेनीवोलेंट फण्ड से सहायता के प्रार्थना-पत्र का अग्रसारण।

महोदय,

उपर्युक्त विषय से संबंधित श्री/श्रीमती के प्रार्थना-पत्र को अग्रसारित करते हुए अनुरोध है कि प्रार्थी को अनुमन्य सहायता उत्तर प्रदेश इम्प्लाईज बेनीवोलेंट फण्ड से स्वीकृत करने का कष्ट करे मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि प्रार्थना-पत्र का अग्रसारण आपको प्रथम बार ही किया जा रहा है और इसके पूर्व इस प्रयोजन हेतु उत्तर प्रदेश इम्प्लाईज बेनीवोलेंट फण्ड से सहायता का कोई चेक प्रार्थी के नाम नहीं प्राप्त हुआ है। प्रार्थी की मांग उचित है।

कृपया सहायता का चेक शीघ्र भेजे।

भवदीय,

प्रशासकीय विभाग के अधिकारी/

विभागाध्यक्ष के हस्ताक्षर

हस्ताक्षरकर्ता का नाम

हस्ताक्षरकर्ता का पद नाम