

महाराष्ट्र आरोग्य विज्ञान विद्यापीठ, नाशिक
म्हसरुळ, वणी-दिंडोरी रोड, नाशिक ४२२००४

कोविड-१९ सुरक्षा कवच योजना, २०२०

"महाराष्ट्र आरोग्य विज्ञान विद्यापीठ कोव्हीड-१९ (**COVID-19**) सुरक्षा कवच योजना, २०२०" योजने अंतर्गत कोविड-१९ या आजाराच्या उपचाराच्या खर्चाच्या प्रतिपुर्तीच्या तसेच, सदर आजारामुळे मृत्यु झाल्यास सानुग्रह भरपाईच्या अनुषंगाने परिपूर्ण प्रस्ताव विद्यापीठास सादर करण्याबाबतच्या आवश्यक सुचना

१)	प्रस्ताव तयार करतांना आपण विद्यापीठाने विहित केलेल्या नमुन्यात लिहून किंवा टंकलीखित करून विद्यापीठास प्रस्ताव सादर करू शकतात.
२)	नमुना अर्जाच्या प्रस्तावासोबत जोडलेल्या सर्व दस्तऐवजांना पृष्ठ क्रमांक देण्यात यावेत. सदर पृष्ठ क्रमांकाची नोंद दस्तऐवजांच्या यादीमध्ये करावी.
३)	नमुना अर्जाच्या प्रस्तावासोबत जोडलेल्या सर्व दस्तऐवजांना विद्यापीठाने नमुद केलेले सहपत्र क्रमांक देण्यात यावेत.
४)	प्रस्तावाबाबत काही अडचण किंवा शंका असल्यास विद्यापीठाचा विद्यार्थी कल्याण विभागातील दुरध्वनी क्र. (०२५३) २५३९१७० या क्रमांकावर दुरध्वनी करून माहिती घ्यावी.
५)	अपूर्ण प्रस्तावातील अपूर्ततेची पुर्तता झाल्यानंतरच प्रस्तावावर कार्यवाही करण्यात येईल.
६)	सदर योजने अंतर्गत अतिरिक्त नियम विहित करण्याचा, नियम व योजनेत फेरबदल करण्याचा विद्यापीठास अधिकार असेल.

सही/-
कुलसचिव

<p>ब) बँकेचे नाव :</p> <p>क) बँकेच्या शाखेचा पत्ता :</p> <p>ड) खाते क्र.:</p> <p>इ) आयएफएससी कोड :</p> <p>(वारसदार एकापेक्षा अधिक असल्यास सर्वानुमते एका बँक खात्याचा तपशिल द्यावा किंवा रक्कम विभागानु हवी असल्यास सर्व वारसदारांच्या खात्याचा तपशिल द्यावा)</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---	-------------------------------------

सदर अर्जासोबत आवश्यक ते सर्व मूळ दस्तऐवज जोडलेले आहेत. विद्यापीठ मागणी करेल त्या दस्तऐवजांची पूर्तता करण्याची मी हमी देत आहे. विद्यापीठाची कोविड-१९ सुरक्षा कवच योजनेची नियमावली मी वाचलेली असून, त्यामधील सर्व नियम मला समजले असून ते मला मान्य आहेत.

उपरोक्त नमूद केलेली माहिती ही अचूक व सत्य असून त्यामध्ये कुठल्याही स्तरावर काही असत्यता अथवा तफावत आढळून आल्यास, त्यास मी सर्वस्वी जबाबदार असेल.

ठिकाण:.....

दिनांक: / /२०

<p>अर्जदाराचे छायाचित्र</p>

.....

अर्जदाराचे नांव व स्वाक्षरी

नमुना अर्ज -२ च्या प्रस्तावासोबत जोडलेल्या दस्तऐवजांची यादी				
अ. क्र.	दस्तऐवजांचा तपशिल	सहपत्र	जोडलेले आहे / नाही	पृष्ठ क्र.
१	मूळ प्रस्ताव नमुना अर्ज - २ (विद्यापीठाचा नमुना)	सहपत्र "A"	होय / नाही	
२	वारसदाराचे मूळ हमीपत्र - १ (रु.१००/- च्या मुद्रांकावर नोटरी आवश्यक) (विद्यापीठाचा नमुना)	सहपत्र "B"	होय / नाही	
३	माहाविद्यालयाचे मूळ प्रमाणपत्र - २ (विद्यापीठाचा नमुना)	सहपत्र "C"	होय / नाही	
४	मूळ वैद्यकीय प्रमाणपत्र (विद्यापीठाचा नमुना)	सहपत्र "D"	होय / नाही	
५	मुळ मृत्यु दाखला	सहपत्र "E"	होय / नाही	
६	कोरोना विषाणूच्या चाचणीचा अहवाल (मूळ / वैद्यकीय अधिकाऱ्याने स्वाक्षांकित केलेला)	सहपत्र "F"	होय / नाही	
७	वैद्यकीय चाचण्याचे अहवाल (मूळ / वैद्यकीय अधिकाऱ्याने स्वाक्षांकित केलेला)	सहपत्र "G"	होय / नाही	
८	औषधांचे प्रिस्क्रिप्शनस् व सदर औषधांची देयक/ देयके (मूळ / वैद्यकीय अधिकाऱ्याने स्वाक्षांकित केलेली)	सहपत्र "H"	होय / नाही	
९	डिस्चार्ज कार्ड	सहपत्र "I"	होय / नाही	
१०	रुग्णालयाचे देयक केल्याची पावती (मूळ / वैद्यकीय अधिकाऱ्याने स्वाक्षांकित केलेला)	सहपत्र "J"	होय / नाही	
११	वारसदाराच्या / वारसदारांच्या आधारकार्डची स्वस्वांक्षांकित प्रत	सहपत्र "K"	होय / नाही	
१२	वारसदाराच्या / वारसदारांच्या बँकेच्या खात्याच्या तपशिलाच्या पडताळणीकरिता रद्द केलेला धनादेश (Cancelled Cheque)	सहपत्र "L"	होय / नाही	
१३	शिक्षक मान्यतेची प्रत / प्रधिकरणावरील नियुक्ती आदेशाचा किंवा परिपत्रकाची प्रत / महाविद्यालयीन नियुक्ती आदेशाची प्रत	सहपत्र "M"	होय / नाही	

ठिकाण:.....

.....

दिनांक: / /२०

अर्जदाराचे नांव व स्वाक्षरी

(रु. १००/- च्या मुद्रांकावर नोटरी करणे आवश्यक)

वारसदाराचे हमीपत्र

मी / आम्ही खालील स्वाक्षरी करणार सत्य प्रतिज्ञेवर हमीपत्र सादर करते / करतो की, मयत यांचा / यांचे मी / आम्ही कायदेशीर वारस आहे / आहोत. मयत यांचा मृत्यू कोरोना विषाणूंच्या संसर्गामुळे कोविड-१९ या आजारामुळे झालेला असून माझे / आमचे व्यतिरिक्त त्यांचा इतर कुणीही कायदेशीर वारस नाही.

मयत यांच्या कायदेशीर वारस प्रकरणी भविष्यात कुठलाही वाद निर्माण / उपस्थित झाल्यास त्यास मी / आम्ही सर्वस्वी जबाबदार असेल. याबाबत न्यायालय / यथोचित प्राधिकरणासमोर विद्यापीठाविरुद्ध कुठलाही दावा दाखल झाल्यास त्याच्या खर्चाची व वाद निवारणाची संपूर्ण जबाबदारी माझी / आमची असेल याची याद्वारे मी / आम्ही हमी देत आहोत.

महाराष्ट्र आरोग्य विज्ञान विद्यापीठाकडून कोविड-१९ सुरक्षा कवच योजनेतर्गत सानुग्रह भरपाईच्या प्रस्तावात मी / आम्ही सादर केलेली माहिती व सर्व दस्तऐवज खरी व सत्य असल्याची याद्वारे मी / आम्ही हमी देत असून त्यामधील कुठलीही माहिती अथवा दस्तऐवज असत्य अथवा बनावट आढळल्यास विद्यापीठास माझ्या विरुद्ध / आमच्या विरुद्ध कायदेशीर कारवाई करण्याचा पूर्ण अधिकार आहे, याची मला जाणीव आहे.

हमीपत्र लिहून देणार

(नांव:.....)

अ.क्र.	वारसदार /वारसदारांची नांवे	स्वाक्षरी	छायाचित्र	मृत्यु झालेल्या व्यक्तीशी असलेले नाते
१)	_____			
२)	_____			
३)	_____			

ठिकाण:.....

दिनांक: / /२०

(सदर हमीपत्रासोबत छायाचित्र / ओळख पुरावा म्हणून सर्व वारसदारांच्या आधार कार्डच्या स्वयंसाक्षांकित छायांकित प्रती जोडाव्यात.)

महाराष्ट्र आरोग्य विज्ञान विद्यापीठ, नाशिक
म्हसरुळ, वणी-दिंडोरी रोड, नाशिक ४२२००४

कोविड-१९ सुरक्षा कवच योजना, २०२० अंतर्गत

कोविड-१९ या आजाराच्या उपचारादरम्यान / आजारामुळे शिक्षक (तात्पुरती / नियमित मान्यताप्राप्त) व नियमित शिक्षकेत्तर कर्मचाऱ्यांचा किंवा विद्यापीठ प्राधिकरण सदस्याचा मृत्यू झाल्यास सानुग्रह भरपाईच्या प्रस्तावासोबत महाविद्यालयाने सादर करावयाचे

प्रमाणपत्र - २

मी निम्नस्वाक्षरीकार
या महाविद्यालयाचा अधिष्ठाता/प्राचार्य याद्वारे प्रमाणित करतो की,
मयत श्री./श्रीमती/डॉ./कुमारी हे / हया आमच्या
महाविद्यालयात या विभागात (नियमित शिक्षक / तात्पुरत्या शिक्षक
पदावर / नियमित शिक्षकेतर).....या पदावर कार्यरत होते / होत्या.

त्यांचा / तिचा दि..... रोजी कोरोना विषाणूंच्या संसर्गामुळे कोविड-१९
या आजारामुळे मृत्यू झाला असून त्यांचे वारसदार (या ठिकाणी सर्व वारसांची नांवे नमुद
करावित) श्री./श्रीमती/डॉ./कुमारी हे त्यांचे
कायदेशीर वारस असून त्यांनी कोविड-१९ सुरक्षा कवच योजना, २०२० अंतर्गत विद्यापीठाकडे
सानुग्रह भरपाई मिळण्याकरिता सादर करण्यात येणारा प्रस्ताव व प्रस्तावासोबतची सर्व
दस्तऐवज मी स्वतः तपासले असून पडताळणीअंती मी सादर प्रस्तावाची शिफारस करीत आहे.

महाविद्यालयाचा शिक्का
ठिकाण :

मृत्यू झालेल्या
रुग्णाचे
छायाचित्र

.....
महाविद्यालयाचे अधिष्ठाता/प्राचार्य
यांची स्वाक्षरी व नांव

दिनांक : / /२०

वैद्यकीय व्यावसाईक / अधिकाऱ्याचे वैद्यकीय प्रमाणपत्र

१)	कोरोना विषाणूंच्या संसगामुळे कोविड-१९ आजार झालेल्या रुग्णाचे नांव:-	_____
२)	रुग्णाची प्रथम तपासणी केल्याचा दिनांक :-	/ /२०
३)	रुग्णाची कोविड -१९ आजाराकरीता कोणती चाचणी केली होती :-	_____
४)	चाचणी केल्याचा दिनांक :-	/ /२०
५)	चाचणीचा निष्कर्ष :-	_____ _____
६)	उपचार रुग्णालयात घेतले किंवा घरी राहुन घेतलेत:-	_____
७)	रुग्णालयात उपचार घेतले असल्यास अ) रुग्णालयात दाखल केल्याचा दिनांक:- ब) रुग्णालयातून डिस्चार्ज केल्याचा दिनांक:-	/ /२० / /२०
८)	रुग्णाची सद्याची स्थिती:- (रुग्णाचा मृत्यु झालेला असल्यास मृत्युचे कारण)	_____ _____

मी, याद्वारे असे प्रमाणित करतो की, रुग्ण नामे.....
वय.....राहणार..... यांना मी
वैयक्तीक तपासले असून उपरोक्त १ ते ८ मध्ये नमुद माहिती अचुक व सत्य आहे. सबब, हे
प्रमाणपत्र देण्यात येत आहे असे.

रुग्णालयाचा शिक्का ठिकाण: दिनांक: / /२०	वैद्यकीय व्यावसाईक/अधिकाऱ्याची स्वाक्षरी.....
	नांव:- _____
	शैक्षणिक अर्हता:- _____
	नोंदणी क्र.:- _____
	रुग्णालयाचे नांव:- _____
	रुग्णालयाचा संपुर्ण पत्ता:- _____ _____
	रुग्णालयाचा दुरध्वनी क्र.:-.....