

**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 प्रतिपूर्तीच्या 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

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

कोविड-१९ सुरक्षा कवच योजना, २०२०

नमुना अर्ज -१

(कोविड-१९ या आजाराच्या उपचाराच्या खर्चाच्या प्रतिपूर्तीच्या प्रस्तावाचा नमुना अर्ज)

महाराष्ट्र आरोग्य विज्ञान विद्यापीठाशी संलग्नित महाविद्यालय / मान्यताप्राप्त संस्था यामधील शिक्षक (नियमित व तात्पुरती मान्यताप्राप्त), नियमित शिक्षकेत्तर कर्मचारी, विद्यापीठाच्या विविध प्राधिकरणांचे सर्व सदस्य (यापुढे योजनेच्या सदर लाभार्थ्यांचा उल्लेख "रुग्ण" असा करण्यात आलेला आहे) यांच्या कोरोना विषाणूंच्या संसर्गामुळे होणाऱ्या कोविड-१९ या आजाराच्या उपचाराच्या खर्चाच्या प्रतिपूर्तीकरिता आवश्यक माहिती :-

अ. क्र.	माहितीचा तपशिल	भरावयाची माहिती
१	रुग्णाचे पूर्ण नांव	_____
२	रुग्ण ज्या महाविद्यालयात कार्यरत असेल त्या महाविद्यालयाचे पूर्ण नांव व पत्ता :	_____ _____ _____ _____
३	रुग्ण शिक्षक, शिक्षकेतर कर्मचारी असल्यास :  अ) महाविद्यालय नियुक्तीचा दिनांक:  ब) पदनाम:  क) रुग्णाचा निवासाचा संपूर्ण पत्ता:         ड) रुग्णाचा दूरध्वनी / भ्रमणध्वनी क्रमांक :	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

४	<p>रुग्ण विद्यापीठाच्या प्राधिकरणाचा सदस्य असल्यास :</p> <p>अ) प्राधिकरणाचे नांव :</p> <p>ब) प्राधिकरणावरील नियुक्तीच्या आदेशाचा / परिपत्रकाचा क्रमांक व दिनांक :</p> <p>क) रुग्णाचा निवासाचा संपूर्ण पत्ता:</p> <p>ड) रुग्णाचा दूरध्वनी / भ्रमणध्वनी क्रमांक :</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
५	<p>रुग्णाने ज्या रुग्णालयात कोविड-१९ या आजाराचे उपचार घेतलेले असतील त्याबाबतची माहिती</p> <p>अ) रुग्णालयाचे नांव, संपूर्ण पत्ता व दूरध्वनी क्रमांक :</p> <p>ब) रुग्णालयाचा नोंदणी क्रमांक :</p> <p>क) उपचार करणाऱ्या डॉक्टरचे नाव व नोंदणी क्रमांक :</p> <p>ड) कोविड-१९ या आजाराच्या चाचणीच्या अहवालाचा दिनांक :</p> <p>इ) रुग्णालयात उपचारासाठी दाखल झाल्याचा दिनांक :</p> <p>फ) रुग्णालयातून उपचारानंतर डिस्चार्ज केल्याचा दिनांक:</p> <p>ग) रुग्णालयाच्या देयकाची रक्कम :</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

	ह) रुग्णालयाचे देयक अदा केल्याच्या पावतीचा दिनांक :	_____
६	रुग्णाच्या बँक खात्याचा तपशिल अ) खातेदाराचे नांव :	_____
	ब) बँकेचे नाव :	_____
	क) बँकेच्या शाखेचा पत्ता :	_____ _____ _____
	ड) खाते क्रमांक :	_____
	इ) आयएफएससी कोड :	_____

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

अर्जदाराचे  
छायाचित्र

.....

अर्जदाराचे नांव व स्वाक्षरी

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

ठिकाण:.....

.....

दिनांक: / /२०

अर्जदाराचे नांव व स्वाक्षरी

कोविड-१९ सुरक्षा कवच योजना, २०२० अंतर्गत

कोविड-१९ या आजाराच्या उपचाराच्या खर्चाच्या प्रतिपूर्तीच्या प्रस्तावासोबत शिक्षक (तात्पुरती / नियमित मान्यताप्राप्त) व नियमित शिक्षकेत्तर कर्मचाऱ्याने व विद्यापीठ प्राधिकारण सदस्याने रु. १००/- मुद्रांकावर नोटरी करून सादर करावयाचे

हमीपत्र - १

मी श्री./श्रीमती/डॉ./कुमारी .....  
वय वर्षे ..... राहणार ..... याद्वारे सत्य प्रतिज्ञेवर सादर करतो / करते की, मी.....  
या महाविद्यालयात..... या विभागात (नियमित / तात्पुरती मान्यताप्राप्त शिक्षक पदावर / नियमित शिक्षकेत्तर).....या पदावर नियुक्त व कार्यरत असून मला कोरोना विषाणूंच्या संसर्गामुळे कोविड-१९ हा आजार झाल्यामुळे मी दि..... ते दि. .... रोजी पर्यंत.....  
या रुग्णालयात उपचार घेतले होते.

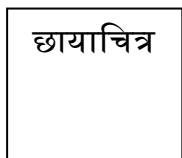
विद्यापीठाच्या कोविड-१९ सुरक्षा कवच योजना, २०२० अंतर्गत सादर आजाराच्या उपचाराच्या खर्चाच्या प्रतिपूर्तीकरिता मी प्रस्ताव सादर करित असून याव्यतिरिक्त इतर कुठल्याही प्राधिकरणाकडून / विमा कंपनीकडून मी सादर आजाराच्या उपचाराकरिताच्या खर्चाची प्रतिपूर्ती घेतलेली नाही / घेणार नाही याची मी हमी देत आहे.

सादर प्रतिपूर्तीचा प्रस्ताव व उक्त हमीपत्रातील कुठलीही बाब खोटी आढळून आल्यास त्यास मी सर्वस्वी जबाबदार असेल व त्याकरिताच्या नियमानुसारच्या परिणामास मी सर्वस्वी जबाबदार असेल याची मला पूर्ण कल्पना आहे.

हमीपत्र लिहून देणार

ठिकाण :.....

दिनांक : / /२०



नांव:.....

स्वाक्षरी .....

पदनाम .....

महाविद्यालयाचे नांव .....

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

कोविड-१९ सुरक्षा कवच योजना, २०२० अंतर्गत

कोविड-१९ या आजाराच्या उपचाराच्या खर्चाच्या प्रतिपुर्तीच्या शिक्षक (तात्पुरती / नियमित मान्यताप्राप्त) व नियमित शिक्षकेत्तर कर्मचाऱ्यांच्या व विद्यापीठ प्राधिकरण सदस्यांच्या प्रस्तावासोबत महाविद्यालयाने सादर करावयाचे

प्रमाणपत्र - १

मी, निम्नस्वाक्षरीकार ..... या महाविद्यालयाचा अधिष्ठाता/प्राचार्य याद्वारे प्रमाणित करतो की, आमच्या महाविद्यालयात ..... या विभागात (नियमित / तात्पुरत्या शिक्षकास / शिक्षिकेस / नियमित शिक्षकेतर, कर्मचारी) .....या पदावर नियुक्त व कार्यरत कर्मचाऱ्यास कोरोना विषाणूंच्या संसर्गामुळे कोविड-१९ हा आजार झाला होता व त्याकरिता त्याने / तिने दि..... ते दि.....रोजी पर्यंत.....या रुग्णालयात उपचार घेतले होते.

सादर आजाराच्या उपचाराच्या खर्चाच्या प्रतिपुर्तीकरिता विद्यापीठास सादर करण्यात येणारा प्रस्ताव व प्रस्तावासोबतची सर्व दस्तऐवज मी स्वतः तपासले असून पडताळणीअंती मी सादर प्रस्तावाची शिफारस करित आहे.

महाविद्यालयाचा शिक्का

ठिकाण : .....

दिनांक : / /२०

रुग्णाचे  
छायाचित्र

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

**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) रुग्णालयातुन 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 असुन 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.:-.....