

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ

ಕರ್ನಾಟಕ ಕಾರ್ಮಿಕ ಕಲ್ಯಾಣ ಮಂಡಳಿ ಬೆಂಗಳೂರು
ಕಾರ್ಮಿಕರಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೆರವು ಯೋಜನೆಯಡಿ ಧನ ಸಹಾಯಕ್ಕಾಗಿ

ಇತ್ತೀಚಿನ
ಭಾವಚಿತ್ರ

ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

(ಅರ್ಜಿದಾರರು ಭರ್ತಿಮಾಡಿದ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದ ಆರು ತಿಂಗಳೊಳಗೆ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ
ಸಂಸ್ಥೆಯ ಮೂಲಕ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು)

1	ಕಾರ್ಮಿಕನ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಖಾಯಂ ವಿಳಾಸ ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:	
2	ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ, ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:	
3	ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ ದಿನಾಂಕ	
4	ಹುದ್ದೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತುತ ತಿಂಗಳ ವೇತನ	
5	ಖಾಯಿಲೆ ಸ್ವರೂಪ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅವಧಿ _____ ದಿನಾಂಕ ದಿಂದ _____ ದಿನಾಂಕ ದವರೆಗೆ	
6	ಬೇರೆ ಯಾವುದೇ ಮೂಲದಿಂದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೆರವು ಧನ ಸಹಾಯ ಪಡೆದುಕೊಂಡಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅದರ ಪೂರ್ಣ ವಿವರ	
7	ಅರ್ಜಿದಾರರು ರಾಷ್ಟ್ರೀಕೃತ ಬ್ಯಾಂಕಿನಲ್ಲಿ ಹೊಂದಿರುವ ಉಳಿತಾಯ ಖಾತೆಯ ಪಾಸ್ ಪುಸ್ತಕದ ವಿವರ	Bank name _____ Branch _____ A/c no. _____. IFSC Code no. _____
8	ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೆರವು ಯೋಜನೆಯಡಲ್ಲಿ ಧನ ಸಹಾಯದ ಕೋರಿರುವ ಮೊತ್ತ	
9	ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ ಒಟ್ಟು ಮೊತ್ತ	
10	<u>ಲಗತ್ತಿಸಿದ ಬೇಕಾದ ದಾಖಲೆಗಳು</u> <ul style="list-style-type: none"> ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮೂಲ ಬಿಲ್ಲುಗಳನ್ನು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ವೈದ್ಯರ ದೃಢೀಕರಣದೊಂದಿಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು. ಆಧಾರ್‌ಕಾರ್ಡ್ ಪ್ರತಿ, ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರದ ಪ್ರತಿ, ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಡಿಸ್ಚಾರ್ಜ್ ಸಾರಾಂಶ ರಾಷ್ಟ್ರೀಕೃತ ಬ್ಯಾಂಕಿನಲ್ಲಿ ಹೊಂದಿರುವ ಪಾಸ್ ಪುಸ್ತಕದ ಪ್ರತಿ ಲಗತ್ತಿಸುವುದು. 	

ಮೇಲೆ ಹೇಳಿದ ಎಲ್ಲಾ ವಿಷಯಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿದೆಯೆಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಪ್ರಮಾಣಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ:

ಸ್ಥಳ:

ಕಾರ್ಮಿಕನ ಸಹಿ:

ಹೆಸರು:

(ಉದ್ಯೋಗ ಸಂಸ್ಥೆ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ ದೃಢೀಕರಿಸುವುದು)

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ _____ರವರು ನಮ್ಮ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ಇವರ ಪ್ರಸ್ತುತ ತಿಂಗಳ ಸಂಬಳ ರೂ. _____ಗಳಾಗಿದ್ದು ದಿನಾಂಕ _____ದಿಂದ _____ರವರೆಗೆ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ತುತ್ತಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದುಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ಕಾರ್ಮಿಕ ಕಲ್ಯಾಣ ನಿಧಿ ಕಾಯ್ದೆ 7(ಎ) ಪ್ರಕಾರ ಕಾರ್ಮಿಕ ಕಲ್ಯಾಣ ಮಂಡಳಿಗೆ ವಂತಿಗೆ ಪಾವತಿಸಿದ ವಿವರವನ್ನು ಈ ಕೆಳಗೆ ನಮೂದಿಸಿ ದೃಢೀಕರಿಸಿದೆ.

ವರ್ಷ

ಚೆಕ್/ಡಿಡಿ/ಬ್ಯಾಂಕ್ ಚಲನ್ ಸಂಖ್ಯೆ

ದಿನಾಂಕ:

ಮೊತ್ತ

ಈ ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿರುವ ವಿಷಯಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿದೆಯೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸಿದೆ.

ಸ್ಥಳ:-

ದಿನಾಂಕ:-

ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:-

ಉದ್ಯೋಗ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಅಧಿಕೃತ ಅಧಿಕಾರಿ ಪದನಾಮ/ಸಹಿ

ಮತ್ತು ಮೊಹರು

(ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ವೈದ್ಯರ ದೃಢೀಕರಣ)

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ _____ಇವರು _____ ಖಾಯಿಲೆಯಿಂದ ದಿನಾಂಕ _____ರಿಂದ _____ರವರೆಗೆ _____ ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ಕ್ಲಿನಿಕ್‌ನಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿರುವುದನ್ನು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಔಷಧಿಗಳ ಹೆಸರು

ದಿನಾಂಕ :

ಸ್ಥಳ :

ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:

ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಮೊಹರು

(ಕಛೇರಿ ಉಪಯೋಗಕ್ಕಾಗಿ ಮಾತ್ರ)

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ _____ಇವರು ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೆರವು ಯೋಜನೆಯಡಿ ಸೌಲಭ್ಯ ಕೋರಿ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಲಾಗಿದ್ದು, ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಉದ್ಯೋಗ ಸಂಸ್ಥೆಯವರು ದೃಢೀಕರಿಸಿದ್ದು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೆರವು ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಧನ ಸಹಾಯ ರೂ. _____ಗಳನ್ನು ಮಂಜೂರು ಮಾಡಿ ಅರ್ಜಿದಾರ ನೀಡಿರುವ _____ಬ್ಯಾಂಕ್ ನ ಉಳಿತಾಯ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ _____ಗೆ ನೇರವಾಗಿ RTGS/ECS/NEFT ಮೂಲಕ ಜಮಾ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ಚೆಕ್ ನಂ. _____ದಿನಾಂಕ _____ರೂ. _____

ವಿಷಯ ನಿರ್ವಾಹಕ

ಅಧೀಕ್ಷಕರು

ಲೆಕ್ಕಾಧಿಕಾರಿ

ಕಲ್ಯಾಣ ಆಯುಕ್ತರು