**( 1 ) તબીબી સારવાર બીલ (MEDICAL REAMBERS)**

 **સરકારી કર્મચારી કે તેમના આશ્રિતને મેડીકલ ખર્ચ માટે સરકારશ્રી જોગવાઈઓ મુજબ મેડીકલ રીએમ્બર્સમેન્ટ મળવાપાત્ર છે.આ માટે દરખાસ્ત કરવા માટે નીચે મુજબની કાળજી લેશો. ફાઈલ by Channel મોકલવાની રહેશે. પેન્શનરના કિસ્સામાં હોસ્પિટલ સરકારી કે સરકારી સમકક્ષ અથવા એમ્પેનલ્ડ હોય તો બીલ મંજુર કરવાની તમામ સત્તા ઉપાડ વહેંચણી અધિકારી ( તિજોરી અધિકારી) ની રહેશે. એ સિવાયની હોસ્પિટલમાં મેળવેલ સારવાર અંગેની સહાય માટે પેન્શનરના કિસ્સામાં દરખાસ્ત અત્રે રજુ કરવાની રહેશે.**

**જરૂરી ડોક્યુમેન્ટ**

1. **જિલ્લા પ્રાથ.શિક્ષણાધિકારીશ્રીના સહી સિક્કા સાથેનું ૩૦/૮/૧૬ નું આરોગ્ય વિભાગનું ૨૦ મુદ્દાનું ચેક લીસ્ટ. જેમાં દરેક વિગતો ભરેલી હોવી જોઈએ.**
2. **પરિશિષ્ટ – ૨ (અનુસૂચી – ૧) હોસ્પીટલના સહી સિક્કા સાથે.જો હોસ્પિટલ એમ્પેનલ્ડ હોય તો આપના જિલ્લાના સિવિલ સર્જનની કાઉન્ટર સહી કરાવવી અનિવાર્ય છે. હોસ્પિટલ એમ્પેનલ્ડ હોય તો ક્લસ્ટર નંબર લખવા.**
3. **તબીબી સારવારમાં કરવામાં આવેલ ખર્ચની રકમ મેડીક્લેઇમ દ્વારા મેળવેલ નથી તે બાબતનું અસલમાં સોગંદનામું.**
4. **અંદરના દર્દી તરીકે સારવાર લીધેલ હોય તો હોસ્પીટલનું ડીસ્ચાર્જ સર્ટી**
5. **દવાના નામ, જથ્થો,કિમતની યાદી કેપિટલ અક્ષરમાં તૈયાર કરી તેના પર હોસ્પિટલના સહી સિક્કા**
6. **કબુલાતનામું અરજદારની સહી સાથે જે પરિશિષ્ટ – ૨ (અનુસૂચી – ૧) માં છેલ્લે આપવામાં આવેલ છે.**
7. **દાવો ૬ માસમાં રજૂ કરવામાં આવેલ છે તે માટેનો આધાર (દા.ત.કર્મચારીની અરજી જેમાં તાલુકા પંચાયતના ઇન્વર્ડ નંબર,તારીખ સાથે સહીસિક્કા અથવા ટી.પી.ઈ.ઓ.નો ડી.પી.ઈ.ઓ.ને કરેલ ફોરવર્ડીંગ પત્ર)**
8. **દવાના બધા અસલ બીલ**
9. **જો કર્મચારીના આશ્રિતની સારવાર હોય તો ફોટો આઈડી અને રેશનકાર્ડની નકલ**
10. **સારવાર માટે પેકેજ લીધું હોય તો હોસ્પિટલનું પેકેજ બીલ.**
11. **કર્મચારીના આશ્રિતની સારવારનું બીલ હોય તો આશ્રિતની આવકનો ઈ ધરાનો દાખલો.આવક મહિનાની ૫૦૦ રૂપિયાથી વધુ ન હોવી જોઈએ. સગીર આશ્રિતની બીલ માટે આવકના દાખલાની જરૂર નથી. જો આશ્રિતની આવક મહિનાની ૫૦૦ રૂપિયાથી વધુ એટલે કે વાર્ષિક ૬૦૦૦ થી વધુ હોય તો અરજી કરવી નહી.**
12. **ફાઈલમાં દરેક પેજ પર એકી નંબર લખવા દા.ત. ૧,૩,૫,૭, .... આ પેજ નંબર ચેકલીસ્ટમાં દર્શાવવાના રહેશે.**
13. **તમામ ડોક્યુમેન્ટ્સની એક અસલ ફાઈલ અને બીજી નકલ ફાઈલમાં ફક્ત અનુસૂચી,ચેકલીસ્ટ,ડીસ્ચાર્જ સર્ટી અને સોગંદનામાંની ઝેરોક્ષ આપવી.**

**અગત્યની સૂચનાઓ**

* **સારવાર એકથી વધુ વાર લીધી હોય તો દરેક સમયે લીધેલ સારવારનું પરિશિષ્ટ – ૨ (અનુસૂચી – ૧),મતલબ કે ત્રણ વખત દાખલ થઇ સારવાર લીધી તો પરિશિષ્ટ – ૨ (અનુસૂચી – ૧) પણ ત્રણ અને ડીસ્ચાર્જ સર્ટી પણ ૩ રજૂ કરવાના રહેશે.**
* **માં અમૃતમ યોજના વેબસાઈટ પર ડીસ્ટ્રીક વાઈઝ એમ્પેનલ્ડ હોસ્પિટલની યાદી આપવામાં આવેલ છે.આવી એમ્પેનલ્ડ હોસ્પિટલમાં લીધેલ સારવાર માટે સિવિલ સર્જન દ્વારા કાઉન્ટર સહી કરીને લખવામાં આવે તે રકમ નીચે મુજબ મંજુર થાય છે.**
* **રૂપિયા ૨૫૦૦૦( પચ્ચીસ હજાર) સુધીનો ખર્ચ જિ.પ્રા.શિક્ષણાધિકારીને મંજુર કરવાની સત્તા છે. આથી ૨૫૦૦૦ સુધીના ખર્ચની ફાઈલ અત્રે મોકલવી નહી.**
* **રૂપિયા ૧૦૦૦૦૦ (એક લાખ) સુધીનો ખર્ચ નિયામકશ્રી,પ્રાથમિક શિક્ષણને મંજુર કરવાની સત્તા છે.**
* **રૂપિયા ૧૦૦૦૦૦ (એક લાખ)થી વધુ ખર્ચ શિક્ષણ વિભાગને મંજુર કરવાની સત્તા છે.**
* **સરકારી કે સરકારી સમકક્ષ હોસ્પિટલમાં લીધેલ સારવાર માટે નાણાકીય ખર્ચની મર્યાદા વિના થયેલ ખર્ચ માટે જિ.પ્રા.શિક્ષણાધિકારીને મંજુર કરવાની સત્તા છે.આથી આવી ફાઈલ નિયામકશ્રીની કચેરીએ મોકલવી નહી.**
* **આ સાથે જરૂરી નિયત નમૂનાઓ ચેકલીસ્ટ અને પરિશિષ્ટ – ૨ (અનુસૂચી – ૧) તથા ૨૪/૮/૧૫, ૮/૩/૧૬,૩૦/૮/૧૬ અને ૧/૧૧/૧૮ ના ઠરાવ સામેલ છે.**