

ಅರ್ಜಿಗಳ ಸರ್ಕಾರದ ನಡವಳಿಗಳು

ವಿಷಯ : ಅಂಗವಿಕಲತೆ ನಿವಾರಣಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಹಾರ ನಿಧಿ ಯೋಜನೆ ಹರಿತು ವಿವರವಾದ ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಹೊರಡಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ.

- ಓದಲಾಗಿದೆ: 1. ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಅಂಗವಿಕಲರ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ, ಬೆಂಗಳೂರು ಇವರ ಪತ್ರದ ಸಂ. ನಿಆಕಇ:25:ಯೋಜನೆ:99-2000. ದಿನಾಂಕ: 10-11-1999.
2. ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂ.ಮಮಅ:103:ಮಮಅ:99. ದಿನಾಂಕ: 7-3-2000.
3. ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ, ಇವರ ಪತ್ರದ ಸಂಖ್ಯೆ:ನಿಆಕಇ:25:ಯೋಜನೆ:99-2000. 317. ದಿನಾಂಕ:4-5-2000.

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ:

ಮೇಲೆ ಓದಲಾದ ಪತ್ರ (1)ರಲ್ಲಿ ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಅನೇಕ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂಗವಿಕಲತೆಯನ್ನು ಸಾಧ್ಯವಾದಷ್ಟು ಮಟ್ಟಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶುಶ್ರೂಷೆ, ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಮುಖಾಂತರ ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದು. ಅನೇಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯುಳ್ಳ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ವರಮಾನವು ಕಡಿಮೆಯಿದ್ದು, ಆರ್ಥಿಕ ದುಸ್ಥಿತಿಯಿಂದ ಕುಪ್ಪೆ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಲ್ಲದೆ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇಂತಹವರಿಗೆ, ನೆರವು ನೀಡುವ ಸಲುವಾಗಿ, 'ಅಂಗವಿಕಲತೆ ನಿವಾರಣಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಹಾರನಿಧಿ' ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವುದು ಅಂಗವಿಕಲತೆಯುಳ್ಳ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಹಿತದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಅತ್ಯಗತ್ಯವಾಗಿದೆ.

ಈ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಸಂಜಯಗಾಂಧಿ ಅಪಘಾತ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ಸಂಶೋಧನಾ ಸಂಸ್ಥೆ, ಬೆಂಗಳೂರು ಅಥವಾ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರ ಮುಖಾಂತರ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲಾಗುವುದು. ಈ ಯೋಜನೆಗೆ ತಗಲುವ ವೆಚ್ಚವನ್ನು 1999-2000ನೇ ಸಾಲಿನಲ್ಲಿ ಲೆಕ್ಕ ಶೀರ್ಷಿಕೆ "2235-02-001-0-05- ಅಂಗವಿಕಲರಿಗಾಗಿ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ (ಯೋಜನೆ)" ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಭರಿಸಲಾಗುವುದು. ಮುಂದಿನ ಆರ್ಥಿಕ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಈ ಯೋಜನೆಗಾಗಿ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಲೆಕ್ಕ ಶೀರ್ಷಿಕೆಯಡಿ ಆಯವ್ಯಯವನ್ನು ಕೋರಲು, ಅಗತ್ಯ ಕ್ರಮ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುವುದು. ಪ್ರಸ್ತುತ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ, ಸಾಂಕೇತಿಕವಾಗಿ ಈ ಯೋಜನೆಗಾಗಿ ರೂ.2.00 ಲಕ್ಷಗಳ ಗುರಿಯನ್ನು ನಿಗದಿಪಡಿಸಬಹುದು.

ಆದುದರಿಂದ, ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಹಿತದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ "ಅಂಗವಿಕಲತೆ ನಿವಾರಣಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಹಾರ ನಿಧಿ" ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ ಯೋಜನೆಗೆ ಮಂಜೂರಾತಿ ನೀಡಿ, ಸೂಕ್ತ ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶವನ್ನು ಹೊರಡಿಸುವಂತೆ ವಿನಂತಿಸಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ.

ಮೇಲೆ ಓದಲಾದ (2)ರ ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶದ ಅನ್ವಯ ಹಾಗೂ ದಿನಾಂಕ: 31-1-2000ರಂದು ನಡೆದ ಅಧಿಕಾರಯುಕ್ತ ಸಮಿತಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ, ಸರ್ಕಾರದ ಮಂಜೂರಾತಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಮೇಲೆ ಓದಲಾದ ನಿರ್ದೇಶಕರ ಪತ್ರ (3)ರಲ್ಲಿ ಮೇಲ್ಕಂಡ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲು ವಿವರವಾದ ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶವನ್ನು ಹೊರಡಿಸಬೇಕೆಂದು, ನಿರ್ದೇಶಕರು ಕೋರಿರುತ್ತಾರೆ.

ಆದುದರಿಂದ ಈ ಆದೇಶ.

ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂ:ಮಮಅ 341 ಪಿಹೆಚ್‌ಪಿ 2000. ಬೆಂಗಳೂರು, ದಿ: 7-8-2000

ನಿರ್ದೇಶಕರ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಕೂಲಂಕುಷವಾಗಿ ಪರಿಶೀಲಿಸಿದೆ. ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥವಾ ಸಂಜಯಗಾಂಧಿ ಅಪಘಾತ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರಿಗೆ ಒಳಪಡುವ ಅಂಗವಿಕಲರಿಗೆ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಹಾರ ಭತ್ಯೆ ನೀಡುವ ಯೋಜನೆಗೆ, ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಅನುದಾನವನ್ನು ಒದಗಿಸಿಕೊಡುವ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ದಿನಾಂಕ: 1-4-2000ರಿಂದ ಜಾರಿಗೆ ತರಲು, ಸರ್ಕಾರದ ಮಂಜೂರಾತಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಅರ್ಜಿಯ ಸಮೂಹ

ಇವರಿಗೆ,

ನಿರ್ದೇಶಕರು,

ಅಂಗವಿಕಲರ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ, ನೆಲಮಹಡಿ, ಪೋಡಿಯಂ ಬ್ಲಾಕ್,

ವಿಶ್ವೇಶ್ವರಯ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ಡಾ|| ಬಿ.ಆರ್. ಅಂಬೇಡ್ಕರ್ ವೀಧಿ, ಬೆಂಗಳೂರು - 560 001.

ಮಾನ್ಯರ,

ವಿಷಯ: ಅಂಗವಿಕಲತೆ ನಿವಾರಣಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಹಾರ ನಿಧಿ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಧನ ಸಹಾಯಕ್ಕಾಗಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿರುವ ಕುರಿತು.

ನಾನು..... ಅಂಗವಿಕಲತೆಯುಳ್ಳ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿದ್ದು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ರೂ..... ಗಳ ಸಹಾಯ ಧನವನ್ನು ಮಂಜೂರು ಮಾಡಬೇಕೆಂದು ಕೋರುತ್ತೇನೆ.

ನನ್ನ ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿವರಗಳು ಕೆಳಕಂಡಂತಿವೆ.

1. ಹೆಸರು :
2. ತಂದೆ / ಪೋಷಕರ ಹೆಸರು :
3. ಅಂಚೆ ವಿಳಾಸ :
4. ಖಾಯಂ ವಿಳಾಸ :
5. ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಸ್ವರೂಪ (ಸಕ್ರಮ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದಿಂದ ಪಡೆದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು) :
6. ಅರ್ಜಿದಾರರ ವರಮಾನವು ಸೇರಿದಂತೆ ಕುಟುಂಬದ ವಾರ್ಷಿಕ ವರಮಾನ (ಸಕ್ರಮ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದಿಂದ ಪಡೆದ ವರಮಾನ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು) :
7. ಬೇಕಾದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶುಲ್ಕವೆ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಸ್ವರೂಪ :
8. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲಿಚ್ಛಿಸುವ ಸರ್ಕಾರಿ / ಖಾಸಗಿ ಸುಸಜ್ಜಿತ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ :

ಮೇಲಿನ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿದ್ದು ರೂ. 15000 ಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚಿಗಾಗುವ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಸ್ವಂತವಾಗಿ ಭರಿಸುತ್ತೇನೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸಂಜಯಗಾಂಧಿ ಅಪಭಾಷ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ಸಂತೋಷಧನಾ ಸಂಸ್ಥೆ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಸುಸಜ್ಜಿತ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ..... ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಪಡೆಯಲು ಸಿದ್ಧನಿದ್ದೇನೆ. ದಯವಿಟ್ಟು ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲನೆಯಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಕಳುಹಿಸಬೇಕೆಂದು ವಿನಂತಿಸುತ್ತೇನೆ.

ತಮ್ಮ ವಿಶ್ವಾಸಿ,
ಸಹಿ
ಹೆಸರು

ಸಂ.ನಿ.ಅ.ಕ.ಇ.....

ದಿನಾಂಕ:

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ..... ರವರು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಸಹಾಯಧನ ಕೋರಿ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವ ಅರ್ಜಿ ದಾಗೂ ಆಧಾರಗಳನ್ನು ಇದರೊಂದಿಗೆ ದ್ವಿಪ್ರತಿಯಲ್ಲಿ ಲಗತ್ತಿಸಿ ಕಳುಹಿಸಬೇಕು. ಮಂಜೂರು ಮಾಡಬಹುದಾದ ಸಹಾಯಧನದ ಗರಿಷ್ಠ ಮತಿ ರೂ. 15000 ಗಳು ಮಾತ್ರ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಇದಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ತಗಲುತ್ತಿದ್ದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಅರ್ಜಿದಾರರೇ ಭರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ದಯವಿಟ್ಟು ಅರ್ಜಿದಾರರನ್ನು ದಾಗೂ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯವಾಗಿ ಕೂಲಂಕುಷವಾಗಿ ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಕಾಲಂಗಳನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ ದೃಢೀಕರಣದೊಂದಿಗೆ ಹಿಂದಿರುಗಿಸುವಂತೆ ಕೋರಿದೆ.

ತಮ್ಮ ವಿಶ್ವಾಸಿ,

ಯೋಜನೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಯನ್ನು ಈ ಆದೇಶಕ್ಕೆ ಲಗತ್ತಿಸಿರುವ ಅನುಬಂಧ(1)ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಈ ಯೋಜನೆಗೆ, 2000-01ನೇ ಸಾಲಿನಲ್ಲಿ ತಗಲುವ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಲೆಕ್ಕ ಶೀರ್ಷಿಕೆ "2235-02-101-0-45 (ಯೋಜನೆ) ಅಂಗವಿಕಲರಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಹಾರ ನಿಧಿ" ಯೋಜನೆ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಭರಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

ಈ ಆದೇಶವನ್ನು ದಿನಾಂಕ: 31-3-2000ರಂದು ಅಧಿಕಾರಯುಕ್ತ ಸಮಿತಿಯಲ್ಲಿ ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ತೀರ್ಮಾನವನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿ, ಆರ್ಥಿಕ ಇಲಾಖೆಯು, ದಿ. 17-2-2000ರ ಅಧಿಕೃತ ಟಿಪ್ಪಣಿ ಸಂ. ಅ ಇ. 12-14 ಪ್ರಕ. 2000. ನೀಡಿರುವ ಸಹಮತಿಯ ಮೇರೆಗೆ ಹೊರಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯಪಾಲರ ಆಜ್ಞಾನುಸಾರ ಮತ್ತು ಅವರ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ
(ಹುಲಿಯಪ್ಪ)
ಸರ್ಕಾರದ ಅಧೀನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ,
ಮಹಿಳಾ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಇಲಾಖೆ.

ಅನುಬಂಧ

ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂ.ಮಮಅ:342:ಪಿಹೆಚ್:ದಿ.7-8-2000

ಅಂಗವಿಕಲತೆ ನಿವಾರಣಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಹಾರ ನಿಧಿ ಯೋಜನೆ:

ಪೀಠಿಕೆ:

ಅಂಗವಿಕಲತೆಯು ಅನೇಕ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂಗವಿಕಲತೆಯನ್ನು ಸಾಧ್ಯವಾದಷ್ಟು ಮಟ್ಟಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶುಶ್ರೂಷೆ, ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಮುಖಾಂತರ ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದು. ಅನೇಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯುಳ್ಳ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ವರಮಾನವು ಕಡಿಮೆಯಿದ್ದು ಆರ್ಥಿಕ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದೆ, ಅಂಗವಿಕಲತೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇಂತಹ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೆರವು ನೀಡಿ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಸಲುವಾಗಿ ಅಂಗವಿಕಲತೆ ನಿವಾರಣಾ ಪರಿಹಾರ ನಿಧಿಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವುದು ಅತ್ಯಗತ್ಯವಾಗಿದೆ.

ಯೋಜನೆಯ ಹೆಸರು:

ಈ ಯೋಜನೆಯನ್ನು "ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ನಿವಾರಣಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಹಾರ ನಿಧಿ" ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುವುದು.

ಉದ್ದೇಶ:

ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯುಳ್ಳ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ಶುಶ್ರೂಷೆ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮುಂತಾದವುಗಳಿಗಾಗಿ ಧನ ಸಹಾಯ ನೀಡಲಾಗುವುದು.

1. ದೈಹಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆಗಳಿಗೆ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು: ಮೂಳೆಗಳು, ಕೀಲುಗಳು ಹಾಗೂ ಮಾಂಸಖಂಡಗಳ ದೋಷದಿಂದಾಗಿ ಅವಯವಗಳ ಚಲನೆಗೆ ತೊಂದರೆಯಾಗುತ್ತಿರುವುದು. ಮೆದುಳಿನ ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯುವಿಗೆ ಒಳಗಾಗಿ ಇಲ್ಲವೇ ನರದೌರ್ಬಲ್ಯದಿಂದ ಚಲನೆಗೆ ತೊಂದರೆಯುಂಟಾಗಿರುವುದು. ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಪ್ರಮಾಣವು ಶೇ.40 ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚಿಗೆ ಇರಬೇಕು.
2. ದೃಷ್ಟಿ ದೋಷವುಳ್ಳ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು: ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ದೃಷ್ಟಿ ಶಕ್ತಿ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಅಥವಾ ಕನ್ನಡಕ ಹಾಕಿಕೊಂಡಾಗಲೂ ದೃಷ್ಟಿ ಶಕ್ತಿ 6:50 ಅಥವಾ 20 ಡಿಗ್ರಿ ಕೋನದಷ್ಟೆ ಕಾಣುತ್ತಿರುವುದು.

3. ಶ್ರವಣ ದೋಷವುಳ್ಳ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು: ಪರಸ್ಪರ ಮಾತನಾಡುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ 70 ಡಿಸಿಬಲ್ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು ಶ್ರವಣ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು.
4. ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯರು: ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಆವಧಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗಿರುವ ಮತ್ತು ಸ್ವವೇಲಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಹೊಂದಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಹಜ ಸ್ವಭಾವದಲ್ಲಿ ದೋಷ ಕಂಡುಬಂದಿದ್ದು ಸಾಮಾನ್ಯ ಬುದ್ಧಿಶಕ್ತಿಯ ಮಟ್ಟ ಸಾಧಾರಣ ಮಟ್ಟಕ್ಕಿಂತಲೂ ಕಡಿಮೆ ಇರುವ ಸ್ಥಿತಿ.
5. ಕುಷ್ಠ ರೋಗ ನಿವಾರಿತ ಅಂಗವಿಕಲರು: ಕುಷ್ಠ ರೋಗದಿಂದ ಅಂಗವಿಕಲರಾದವರು.
6. ಬಹು ಅಂಗವಿಕಲತೆಯುಳ್ಳವರು: ಒಂದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಬಗೆಯ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯುಳ್ಳವರು.
7. ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥರು: ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಯುಳ್ಳವರು.

ಅನುಷ್ಠಾನ:

ಈ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಸಂಜಯ ಗಾಂಧಿ ಅಪಘಾತ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ಸಂಶೋಧನಾ ಸಂಸ್ಥೆ ಬೆಂಗಳೂರು ಮತ್ತು ಎಲ್ಲಾ ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು ಸುಸಜ್ಜಿತ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಮುಖಾಂತರ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲಾಗುವುದು.

ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸುವ ವಿಧಾನ:

ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ನೆರವು ಕೋರುವ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯುಳ್ಳ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಅನುಬಂಧ - 1ರ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ತ್ರಿಪ್ರತಿಯಲ್ಲಿ ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಅಂಗವಿಕಲರ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ, ಬೆಂಗಳೂರುರವರಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು. ಅರ್ಜಿಗೆ ಕುಟುಂಬದ ವಾರ್ಷಿಕ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ, ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ, 3 ಭಾವಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿರಬೇಕು.

ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುವ ವಿಧಾನ:

ಅಂಗವಿಕಲರ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಗೆ ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿ ನೆರವು ಕೋರಿ ಬರುವ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ನಿರ್ದೇಶಕರು ಸಂಜಯ ಗಾಂಧಿ ಅಪಘಾತ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ಸಂಶೋಧನಾ ಸಂಸ್ಥೆ ಬೆಂಗಳೂರು ಅಥವಾ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರಿಗೆ ಪರಿಶೀಲನೆಗಾಗಿ ಕಳುಹಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಕೂಲಂಕುಷವಾಗಿ ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ದೊರಕುವ ಸೌಲಭ್ಯ ಹಾಗೂ ಔಷಧಿಗಳ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ತಗಲುವ ವಿಚ್ಛ ಮುಂತಾದವುಗಳೊಂದಿಗೆ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಧನಸಹಾಯಕ್ಕಾಗಿ ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಅಂಗವಿಕಲರ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ, ಬೆಂಗಳೂರುರವರಿಗೆ ಹಿಂತಿರುಗಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಅಂಗವಿಕಲರ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ, ಬೆಂಗಳೂರುರವರು ಗರಿಷ್ಠ ರೂ. 15000ಗಳ ಮಿತಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಸಹಾಯಧನವನ್ನು ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಸಂಜಯಗಾಂಧಿ ಅಪಘಾತ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ಸಂಶೋಧನಾ ಸಂಸ್ಥೆ ಬೆಂಗಳೂರು ಅಥವಾ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರಿಗೆ ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಬೇಕು. ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ರೂ. 15000ಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ತಗುಲಿದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಅರ್ಜಿದಾರರೇ ಭರಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಸಂಪೂರ್ಣವಾದ ನಂತರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವರದಿಯೊಂದಿಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ದೊರಕುವ ಸೌಲಭ್ಯ ಹಾಗೂ ಔಷಧಿಗಳ ವೆಚ್ಚದ ಬಗ್ಗೆ ಅಧಿಕೃತ ಬಿಲ್ಲು ರಸೀತಿಗಳನ್ನು ದೃಢೀಕರಿಸಿ, ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಸಂಜಯ ಗಾಂಧಿ ಅಪಘಾತ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ಸಂಶೋಧನಾ ಸಂಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು, ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಅಂಗವಿಕಲರ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ, ಬೆಂಗಳೂರುರವರಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಸಹಾಯಧನ ಮೊತ್ತದಲ್ಲಿನ ಉಳಿತಾಯವನ್ನು ಇಲಾಖೆಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯು ಹಿಂತಿರುಗಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

ಸಹಾಯಧನ ಪರವಾನಗಿಗಳು:

ಸಹಾಯಧನ ಪರವಾನಗಿಗಳು ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತಿವೆ:

ಅರ್ಜಿದಾರರ ಕುಟುಂಬದ ವಾರ್ಷಿಕ ವರಮಾನ: ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದವರಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ರೂ.25000/- ನಗರ ಪ್ರದೇಶದವರಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ರೂ.50,000/- ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕಿಂತಲೂ ಕಡಿಮೆ ಇರತಕ್ಕದ್ದು.

(ಹುಲಿಯಪ್ಪ)

ಸರ್ಕಾರದ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು

ಮಹಿಳಾ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಇಲಾಖೆ.

ಬೆಂಗಳೂರು.

ನಿರ್ದೇಶಕರು

ಸಂಜಯ ಗಾಂಧಿ ಅವಘಾತ ಆಸ್ಪತ್ರೆ

ಮತ್ತು ಸಂಶೋಧನಾ ಸಂಸ್ಥೆ

ಬೆಂಗಳೂರು.

ಆಥವಾ

..... ಆಸ್ಪತ್ರೆ

ನಂ:..... ದಿನಾಂಕ:

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿರವರು ಸಲ್ಲಿಸಿರುವ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಕೂಲಂಕುಷವಾಗಿ ಪರಿಶೀಲಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅರ್ಜಿದಾರರು ಅಂಗವಿಕಲತೆಯುಳ್ಳ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿರುತ್ತಾರೆ.

1. ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ: ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸ್ವರೂಪ
2. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು: ಹಾಗೂ ಔಷಧಿಗಳ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ತಗಲುವ ವೆಚ್ಚ ರಸೀತಿ:ಬಿಲ್ಲುಗಳನ್ನು ದೃಢೀಕರಿಸಬೇಕು

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ.....ರವರು ಸಲ್ಲಿಸಿರುವ ದಾಖಲೆ:ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸರಿಯಾಗಿವೆ. ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾಗಬೇಕಾಗಿದ್ದು ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಹಾಗೂ ಔಷಧಿಗಳ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ರೂ..... ಗಳ ವೆಚ್ಚವು ತಗುಲುತ್ತದೆ. ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯು ಸಿದ್ಧವಾಗಿದೆ.

ಅಂಗವಿಕಲರಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ಸಲುವಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಹಾಗೂ ಔಷಧಿಗಳ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ರೂ.....ಗಳ ಸಹಾಯಧನವನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಮಂಜೂರು ಮಾಡುವಂತೆ ಕೋರಿದೆ. ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಸಹಾಯಧನದ ಬಿಲ್ಲನ್ನು ಸಿದ್ಧ ಮಾಡಿ ಇದರೊಂದಿಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ. ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ನಂತರ ಒಂದು ತಿಂಗಳ ಒಳಗಾಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವರದಿಯ ಸಮೇತ ತಗುಲಿದ ವೆಚ್ಚದ ಬಗ್ಗೆ ಬಿಲ್ಲು:ರಸೀತಿಗಳನ್ನು ದೃಢೀಕರಿಸಿ ಸಲ್ಲಿಸಲಾಗುವುದು.

ತಮ್ಮ ವಿಶ್ವಾಸಿ,

ಸಹಿ

ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು

ಅರ್ಜಿ ಸಮೂಹ

ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು
ತೋರಿಸುವ ಭಾವಚಿತ್ರ

ರವರಿಗೆ:

ಅಂಗವಿಕಲರ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ,
ನೆಲಮಹಡಿ, ಪೋಡಿಯಂ ಬ್ಲಾಕ್
ವಿಶ್ವೇಶ್ವರಯ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ಡಾ.ಬಿ.ಆರ್. ಅಂಬೇಡ್ಕರ್ ವೀಧಿ,
ಬೆಂಗಳೂರು - 560 001.

ಮಾನ್ಯರೇ,

ವಿಷಯ: "ಅಂಗವಿಕಲತೆ ನಿವಾರಣಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಹಾರ ನಿಧಿ" ಯೋಜನೆಯಡಿ ಧನಸಹಾಯಕ್ಕಾಗಿ ಅರ್ಜಿ
ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿರುವ ಕುರಿತು.

ನಾನು.....ಅಂಗವಿಕಲತೆಯುಳ್ಳ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿದ್ದು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶುಶ್ರೂಷೆ:ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ
ರೂ.....ಗಳ ಸಹಾಯಧನವನ್ನು ಮಂಜೂರು ಮಾಡಬೇಕೆಂದು ಕೋರುತ್ತೇನೆ.

ನನ್ನ ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿವರಗಳು ಕೆಳಕಂಡಂತಿವೆ:

1. ಹೆಸರು :
2. ತಂದೆ:ಪೋಷಕರ ಹೆಸರು :
3. ಅಂಚೆ ವಿಳಾಸ :
4. ತಾಯಿ ವಿಳಾಸ :
5. ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಸ್ವರೂಪ (ಸಕ್ರಮ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದಿಂದ ಪಡೆದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು) :
6. ಅರ್ಜಿದಾರರ ವರಮಾನವು ಸೇರಿದಂತೆ ಕುಟುಂಬದ ವಾರ್ಷಿಕ ವರಮಾನ (ಸಕ್ರಮ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದಿಂದ ಪಡೆದ ವರಮಾನ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು) :
7. ಬೇಕಾದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶುಶ್ರೂಷೆ:ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಸ್ವರೂಪ ::
8. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲಿಚ್ಛಿಸುವ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ :