

**कलम 4(1)(b)(xii) नमुना क  
नमंमपाच्या आरोग्य विभागातील अनुदान वाटपाची पध्दत**

- ◆ कार्यक्रमाचे योजनेचे नाव
- ◆ लाभ धारकांसाठी पात्रतेच्या अटी
- ◆ लाभ मिळण्यासाठी असलेल्या पूर्व अटी
- ◆ या योजनेचा लाभ घेण्यासाठी असलेली कार्यपध्दती
- ◆ पात्रता ठरवण्याचे निकष आणि आवश्यक कागदपत्रे
- ◆ या योजनेतून मिळणा-या लाभांचा तपशील (अनुदान अथवा अन्य काही मदत दिली जात असेल, तर तोही तपशील द्यावा)
- ◆ अनुदान वाटपाची पध्दत
- ◆ अर्ज कोठे करावा अथवा अर्ज करण्यासाठी कार्यालयात कोणाला भेटावे ?
- ◆ अर्जाबरोबर भरायची फी (असल्यास)
- ◆ अन्य फी (असल्यास)
- ◆ अर्जाचा नमुना (जेथे असा नमुना ठरवला असेल तेथे) जर अर्ज को-या कागदावर करून भागणार असेल तर त्यावर अर्जदाराने किमान कोणती माहिती भरली पाहिजे, हेही स्पष्ट करावे.
- ◆ सोबत जोडायची परिशिष्टे (शिफारसपत्रे/दाखले/दस्तऐवज)
- ◆ त्या परिशिष्टांचा काही विशिष्ट नमुना असल्यास तो नमुना
- ◆ कार्यवाहीबद्दल काही तक्रार असेल, तर ती कोणाकडे करायची, त्या अधिका-याचे पदनाम
- ◆ उपलब्ध रकमेचा तपशील (उदाहरणार्थ, तालुका पातळीवर एवढी रक्कम, जिल्हा पातळीवर एवढी रक्कम उपलब्ध वगैरे)
- ◆ लाभधारकांची प्रत्येक वर्षागणिक दिलेल्या नमुन्यानुसार यादी
- ◆ उद्दिष्ट (ठरवले असल्यास)
- ◆ शेरा (असल्यास)

**जननी सुरक्षा योजना**

कार्यक्रमाचे नाव	जननी सुरक्षा योजना
<ul style="list-style-type: none"> <li>● लाभार्थीच्या पात्रता संबंधीच्या अटी व शर्ती</li> </ul>	महिलेचा जातीचा दाखला/शाळा सोडल्याचा दाखला
	अनुसूचित जाती/जमातीचे प्रमाणपत्र असल्यास दारिद्र्य रेषेखालील प्रमाण पत्राची आवश्यकता नाही.
	दारिद्र्य रेषेखालील रेशनकार्ड उपलब्ध नसल्यास नगरसेवक/स्पेशल एक्झिक्युटीव्ह मॅजिस्ट्रेट/वैद्यकीय अधिकारी नागरी आरोग्य केंद्र यांचे सदर लाभार्थी दारिद्र्य रेषेखालील असल्यास प्रमाणपत्र
	जननी सुरक्षा योजना कार्ड व संदर्भ चिठ्ठी
	जननी सुरक्षा योजना कार्डधारकांकडून सुरक्षा योजना कार्डची मुळ प्रत रुग्णालयाकडे ठेऊन त्याची झेरॉक्स प्रत लाभार्थींना देण्यात यावी.
<ul style="list-style-type: none"> <li>● लाभ मिळण्यासाठीच्या अटी</li> </ul>	रुग्णालयीन प्रसुती - अनुसूचित जाती/जमाती, दारिद्र्य रेषेखालील महिलांना लाभ देण्यात येतो.
	जननी सुरक्षा योजना कार्ड धारक
<ul style="list-style-type: none"> <li>● लाभ मिळण्यासाठी कार्यपध्दती</li> </ul>	जननी सुरक्षा योजना कार्ड धारक महिलेस रुग्णालयामध्ये प्रसुती झाल्यास 7 दिवसांच्या आत लाभ दिला जातो.

<ul style="list-style-type: none"> <li>पात्रता ठरविण्यासाठी आवश्यक असलेले कागदपत्र</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>जननी सुरक्षा योजना कार्ड</li> <li>जातीचे प्रमाणपत्र/दारिद्र्य रेषेखाली असल्याचा दाखला.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>कार्यक्रामांमध्ये मिळणाऱ्या लाभाची विस्तृत माहिती</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>खाजगी/शासकीय रुग्णालयांमध्ये प्रसूती झाल्यास 7 दिवसांच्या आत रु. 600/- धनादेशाच्या स्वरूपात लाभ दिला जातो.</li> <li>फक्त दारिद्र्य रेषेखाली लाभार्थ्यांची गृहप्रसूती झाल्यास 7 दिवसांच्या आत रु. 500/- धनादेशाच्या स्वरूपात लाभ दिला जातो.</li> <li>ग्रामीण भागातील लाभार्थी असल्यास 7 दिवसांच्या आत रु. 700/- धनादेशाच्या स्वरूपात लाभ दिला जातो.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>अनुदान वाटपाची कार्यपध्दती</li> </ul>	जननी सुरक्षा योजना कार्ड धारक महिलेस खाजगी/शासकीय रुग्णालयांमध्ये प्रसूती झाल्यास 7 दिवसांच्या आत रु. 600/- धनादेशाच्या स्वरूपात लाभ दिला जातो.
<ul style="list-style-type: none"> <li>समक्ष अधिकाऱ्याचे पदनाम</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>जननी सुरक्षा योजना कार्ड देण्यासाठी वैद्यकीय अधिकारी (ना.आ.केंद्र)</li> <li>लाभ देण्यासाठी रुग्णालयीन प्रमुख (खाजगी/नमुंमपा)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>सोबत जोडणे आवश्यक असलेल्या कागदपत्रांची यादी (दस्ताऐवज/दाखले)</li> </ul>	जातीचे प्रमाणपत्र/शाळा सोडल्याचा दाखला/दारिद्र्य रेषेखाली असल्याचा दाखला/नगरसेवकाचा दारिद्र्य रेषेखाली असल्याचे प्रमाणपत्र
<ul style="list-style-type: none"> <li>जोड कागदपत्राचा नमुना</li> </ul>	विहित नमुना नाही.
<ul style="list-style-type: none"> <li>कार्यपध्दती संदर्भात तक्रार निवारणासाठी संबंधित अधिकऱ्याचे पदनाम</li> </ul>	वैद्यकीय आरोग्य अधिकारी.
<ul style="list-style-type: none"> <li>तपशिलवार व प्रत्येक स्तरावर उपलब्ध निधी</li> </ul>	आरोग्य विभाग मुख्यालय मार्फत नमुंमपा रुग्णालय/ना.आ.केंद्र यांना खर्चाच्या प्रमाणात प्रतिपूर्ती करण्यात येते.

### कुटूंब नियोजन शस्त्रक्रिया

कार्यक्रमाचे नाव	कुटूंब नियोजन शस्त्रक्रिया
<ul style="list-style-type: none"> <li>लाभार्थींच्या पात्रता संबंधीच्या अटी व शर्ती</li> </ul>	अनुसूचित जाती/जमाती/दारिद्र्य रेषेखालील/दारिद्र्य रेषेवरील लाभार्थ्यांसाठी
<ul style="list-style-type: none"> <li>लाभ मिळण्यासाठीच्या अटी</li> </ul>	अनुसूचित जाती/जमाती/दारिद्र्य रेषेखालील/दारिद्र्य रेषेवरील लाभार्थ्यांसाठी
<ul style="list-style-type: none"> <li>लाभ मिळण्यासाठी कार्यपध्दती</li> </ul>	शस्त्रक्रियेनंतर रुग्णालयात धनादेशाद्वारे लाभ दिला जातो.
<ul style="list-style-type: none"> <li>पात्रता ठरविण्यासाठी आवश्यक असलेले कागदपत्र</li> </ul>	अनुसूचित जाती/जमातीचा दाखला/दारिद्र्य रेषेखाली असल्याचे तहसीलदार प्रमाणपत्र.
<ul style="list-style-type: none"> <li>कार्यक्रामांमध्ये मिळणाऱ्या लाभाची विस्तृत माहिती</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>पुरुष नसबंदी शस्त्रक्रिया लाभार्थ्यांसाठी रु. 1451/-</li> <li>स्त्री कुटूंब नियोजन शस्त्रक्रिया लाभार्थ्यांसाठी रु. 250/-</li> <li>स्त्री कुटूंब नियोजन शस्त्रक्रिया (अनुसूचित जाती/जमाती/दारिद्र्य रेषेखालील) लाभार्थ्यांसाठी रु. 600/-</li> <li>पुरुष नसबंदी शस्त्रक्रिया प्रवृत्त करणाऱ्यांसाठी रु. 200/-</li> <li>स्त्री कुटूंब नियोजन शस्त्रक्रिया प्रवृत्त करणाऱ्यांसाठी रु. 150/-</li> </ul>

• अनुदान वाटपाची कार्यपध्दती	शस्त्रक्रियेनंतर रुग्णालयात धनादेशाद्वारे लाभ दिला जातो.
• सक्षम अधिकाऱ्याचे पदनाम	नमुंमपा रुग्णालय, रुग्णालय प्रमुख
• विनंती अर्जासोबत लागणारे शुल्क	निरंक
• इतर शुल्क	निरंक
• विनंती अर्जाचा नमुना	परिशिष्ट 1
• सोबत जोडणे आवश्यक असलेल्या कागदपत्रांची यादी (दस्तऐवज/दाखले)	अनुसूचित जाती/जमाती/दारिद्र्य रेषेखालील लाभार्थ्यांसाठी चा दाखला तहसीलदार प्रमाणपत्र
• जोड कागदपत्राचा नमुना	विहित नमुना नाही.
• कार्यपध्दती संदर्भात तक्रार निवारणासाठी संबंधित अधिकाऱ्याचे पदनाम	वैद्यकीय आरोग्य अधिकारी
• तपशिलवार व प्रत्येक स्तरावर उपलब्ध निधी	आरोग्य विभाग मुख्यालय मार्फत नमुंमपा रुग्णालय/ना.आ.केंद्र यांना खर्चाच्या प्रमाणात प्रतिपूर्ती करण्यात येते.

### कुटूंब नियोजन शस्त्रक्रिया - गुंतागुंत - विमा योजना

कार्यक्रमाचे नाव	कुटूंब नियोजन शस्त्रक्रिया - गुंतागुंत - विमा योजना
• लाभार्थ्यांच्या पात्रता संबंधीच्या अटी व शर्ती	कुटूंब नियोजन शस्त्रक्रिया Accredited (प्रमाणित) रुग्णालयामध्ये झालेली असावी. कुटूंब नियोजन शस्त्रक्रिया करणारे शल्यचिकित्सक Accredited (प्रमाणित) असावेत. पुरुष/स्त्री शस्त्रक्रियेमुळे रुग्णालयात 7 दिवसांत मृत्यु/8-30 दिवसांत मृत्यु/कुटूंब नियोजन शस्त्रक्रियेनंतर गर्भधारणा/कुटूंब नियोजन शस्त्रक्रियेनंतर 60 दिवसांत उद्धवणारी गुंतागुंत
• लाभ मिळण्यासाठीच्या अटी	वरीलप्रमाणे
• लाभ मिळण्यासाठी कार्यपध्दती	कुटूंब नियोजन नुकसान भरपाई योजनेचा अर्ज आरोग्य विभाग, मुख्यालय येथे भरून द्यावा. (परिशिष्ट -2प्रमाणे) १. राज्य शासनाच्या जिल्हास्तरीय गुणवत्ता अभिवचन समितीमध्ये मंजूरी मिळविणे.
• पात्रता ठरविण्यासाठी आवश्यक असलेले कागदपत्र	परिशिष्ट 2
• कार्यक्रामांमध्ये मिळणाऱ्या लाभाची विस्तृत माहिती	१. पुरुष/स्त्री कुटूंब नियोजनाच्या शस्त्रक्रियेमुळे रुग्णालयात मृत्यु किंवा डिस्चार्ज झाल्यानंतर 7 दिवसांत मृत्यु झाल्यास रुपये 2 लाख मोबदला देण्यात येईल. २. पुरुष /स्त्री कुटूंब नियोजनाच्या शस्त्रक्रियेमुळे 8-30 दिवसांत मृत्यु झाल्यास रु. 50,000/- मोबदला देण्यात येईल. ३. पुरुष/स्त्री कुटूंब नियोजन शस्त्रक्रियेनंतर गर्भधारणा झाल्यास रु. 30,000/- मोबदला देण्यात येईल (कुटूंब नियोजन शस्त्रक्रिया नंतर गरोदरपण राहिल्याची नोंद मिळाल्यास) ४. पुरुष/स्त्री कुटूंब नियोजन शस्त्रक्रियामुळे 60 दिवसात उद्धवणाऱ्या गुंतागुंती मुळे रु. 25,000/- च्या मर्यादेपर्यंत उपचारासाठी मोबदला देण्यात येईल.
• अनुदान वाटपाची कार्यपध्दती	जिल्हा परिषद, ठाणे यांच्या मार्फत लाभार्थ्यांच्या नावे धनादेश दिला जातो.
• सक्षम अधिकाऱ्याचे पदनाम	जिल्हा आरोग्य अधिकारी, ठाणे
• विनंती अर्जासोबत लागणारे शुल्क	निरंक
• इतर शुल्क	निरंक

• विनंती अर्जाचा नमुना	परिशिष्ट 2
• सोबत जोडणे आवश्यक असलेल्या कागदपत्रांची यादी (दस्तऐवज/दाखले)	नसबंदी शस्त्रक्रिया प्रमाणपत्राची सांक्षारिकत प्रत USG आणि UPT Report
• जोड कागदपत्राचा नमुना	संमती व प्रतिज्ञापत्र
• कार्यपध्दती संदर्भात तक्रार निवारणासाठी संबंधीत अधिकाऱ्याचे पदनाम	वैद्यकीय आरोग्य अधिकारी
• तपशिलवार व प्रत्येक स्तरावर उपलब्ध निधी	जिल्हा आरोग्य अधिकारी, जिल्हा परिषद ठाणे

## परिशिष्ट -2

### कुटुंब नियोजन नुकसान भरपाई योजनेसाठी दाव्याचे प्रपत्र

- 1) योजनेच्या कलम 1 खाली दावा सादर करण्यासाठी हे प्रपत्र पुर्ण भरणे आवश्यक आहे.
- 2) दायित्व स्विकारल्याशिवाय हे प्रपत्र देण्यात येते आणि ते पुर्ण भरून दाव्याची छाननी /विश्लेषण करण्यासाठी जिल्हा आरोग्य सोसायटी /राज्य आरोग्य सोसायटी यांच्याकडे परत देणे आवश्यक आहे.
- 3) कोणताही दावा राज्य शासनाने या उददीष्टासाठी जिल्हा पातळीवर नियुक्त केलेल्या मुख्य वैद्यकीय अधिकारी (सीएमओ)/सीडीएमओ/सीएचएमओ/सीडीएचएमओ/जिल्हा वैद्यकीय अधिकारी (डिएमओ)/जिल्हा आरोग्य अधिकारी (डिएचओ)/सहसंचालक यांनी प्रमाणित केल्याशिवाय स्विकारला जाणार नाही.

दावा क्रमांक :.....

#### 1. दावा सांगणा-याचा तपशील :

संपुर्ण नाव-----सध्याचे वय .....वर्षे

नसबंदी शस्त्रक्रिया झालेल्या व्यक्तीशी असणारे नाते-----

निवासी पत्ता : -----

-----दुरध्वनी क्रमांक :-----

#### 2. नसबंदी शस्त्रक्रिया झालेल्या व्यक्तीचा तपशील :

संपुर्ण नाव-----वय -----वर्षे

-----यांचे पुत्र / यांची कन्या

पती किंवा पत्नीचे नाव ----- पती किंवा पत्नीचे वय-----

---वर्षे

पत्ता :-----

#### 3. स्थायी धंदा अथवा व्यवसाय :-----

#### 4. अवलंबीत मुलांचा तपशील :

अ.क्र.	नाव	वय वर्षे	लिंग (पु/स्त्री)	अविवाहीत आहे काय?	अविवाहीत असेल तर अवलंबून आहे काय?
1					
2					
3					

4					
5					

5. (अ) नसबंदी शस्त्रक्रियेची तारीख :-----

(ब) नसबंदी शस्त्रक्रियेचा प्रकार :

1. स्त्री नसबंदी शस्त्रक्रिया (टयुबेक्टॉमी) :-----
2. पुरुष नसबंदी शस्त्रक्रिया (व्हासेक्टॉमी) :-----
3. लॅप्रोस्कोपी :-----
4. वैद्यकीय गर्भपात (एमटीपी) आणि त्यानंतर नसबंदी शस्त्रक्रिया :-----
5. सिझेरियन शस्त्रक्रिया आणि त्यानंतर नसबंदी शस्त्रक्रिया :-----
6. इतर कोणतीही शल्यचिकित्सा आणि त्यानंतर नसबंदी शस्त्रक्रिया :-----

6. अ) शस्त्रक्रिया करणा-या डॉक्टरांचे नाव आणि पत्ता:-----

-----

ब) शस्त्रक्रिया झालेल्या रुग्णालयाचे नाव आणि पत्ता :-----

-----

क) दाव्याचा प्रकार:

- 1) मुलाचा जन्म न घडुन आलेली असफल नसबंदी शस्त्रक्रिया :-----
- 2) मुलाचा जन्म घडुन आलेली असफल नसबंदी शस्त्रक्रिया :-----
- 3) नसबंदी शस्त्रक्रियेमुळे झालेली वैद्यकीय गुंतागुंत (गुंतागुंतीचा नेमका प्रकार नमुद करावा)  
अ) तारीख :-----
- ब) वैद्यकीय गुंतागुंतीचा तपशील :-----
- क) डॉक्टर / आरोग्य संस्था:-----

4. नसबंदी शस्त्रक्रियेनंतर झालेला मृत्यू :

- अ) रुग्णालयात दाखल केल्याची तारीख :-----वेळ :-----
- ब) रुग्णालयातून सोडल्याची तारीख :-----वेळ :-----
- क) मृत्यूची तारीख :-----वेळ :-----

7. नसबंदी शस्त्रक्रिया करून घेणा-या व्यक्तीस नसबंदी शस्त्रक्रियेपूर्वी एखादा आजार असल्यास त्याचा तपशील :---

----- मी याद्वारे घोषित करतो की, वर उल्लेख केलेला तपशील माझ्याकडे उपलब्ध असलेल्या माहितीनुसार सत्य आहे आणि यापुढे सादर करण्यात येणा-या तपशीलाची सर्व बाबतीत मी सत्यतेची हमी देतो आणि मी मान्य करतो की, चुकीचे किंवा खोटे विधान केले असेल किंवा यापुढे केले तर अथवा एखादी वस्तुस्थिति दडपून टाकली असेल किंवा यापुढे दडपून टाकत असेल, लपवून ठेवीत असेल तर माझा नुकसान भरपाईचा हक्क पुर्णपणे हिरावून घेतला जाईल.

मी याद्वारे रुपये -----एवढ्या रकमेचा या योजनेखाली दावा करीत आहे, आणि सदर रक्कम म्हणजे माझ्या दाव्याची पूर्तता झाली आहे आणि यापुढे सदर योजनेखाली मी कोणताही दावा सादर करणार नाही, असे मी मान्य करतो.

तारीख :-.....स्वीकृतीधारक अथवा दावा  
करणा-या व्यक्तीचे नाव:-.....

स्थळ:-.....

सही किंवा अंगठयाचा ठसा

जिल्हा पातळीवर या उद्दिष्टासाठी नियुक्त झालेल्या मुख्य वैद्यकिय अधिकारी (सीएमओ)/सीडीएमओ/  
सीएचएमओ/ सीडीएचएमओ / जिल्हा वैद्यकिय अधिकारी (डिएमओ) / जिल्हा आरोग्य अधिकारी (डिएचओ) /  
सहसंचालक यांनी दिलेले वैद्यकिय प्रमाणपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, श्रीमती/श्री ..... यांचा/ याची  
पुत्र / कन्या /पत्नी राहणार ..... यांची दिनांक  
..... रोजी .....(रूग्णालय) याठिकाणी नसबंदीची शस्त्रक्रिया झाली आणि सदर शस्त्रक्रिया डॉ  
..... पात्रता ..... व  
.....याठिकाणी नियुक्त यांनी केली.  
नसबंदी शस्त्रक्रियेचा प्रकार :

१. स्त्री नसबंदी शस्त्रक्रिया(टयुबेक्टॉमी) : .....
२. पुरुष नसबंदी शस्त्रक्रिया (व्हासेक्टॉमी) : .....
३. लॅप्रोस्कोपी : .....
४. वैद्यकिय गर्भपात(एमटीपी) आणि त्यानंतर नसबंदी यास्त्रिक्रिया .....
५. सिझेरियन शस्त्रक्रिया अणि त्यानंतर नसबंदी यास्त्रिक्रिया : .....
६. इतर कोणतीही शज्यचिकित्या आणि त्यानंतर नसबंदी शस्त्रक्रिया .....

मी सर्व वैद्यकिय अभिलेख अणि दस्तऐवज तपासले आणि याद्वारे निष्कर्ष काढतो की, नसबंदी शस्त्रक्रिया हे पुढील  
गोष्टींचे मुळ / प्राथमिक कारण आहे.

अ) मुलाचा जन्म न घडून आलेली असफल नसबंदी शस्त्रक्रिया : (----)  
(दस्तऐवजाच्या स्वरूपातील पुरावा जोडावा)

ब) मुलाचा जन्म घडून आलेली असफल नसबंदी शस्त्रक्रिया : (----)  
(दस्तऐवजाच्या स्वरूपातील पुरावा जोडावा)

ब) नसबंदी शस्त्रक्रियोमुळे झालेली वैद्यकिय गुंतागुंत :  
(कृपया खली नमुद केल्याप्रमाणे तपशील सादर करावा)

१. वैद्यकिय गुंतागुंतीचा प्रकार : .....
  २. कालावधी : .....
  ३. गुंतागुंतीचे उपचारासाठी केलेला खर्च रूपये .....
- (मुळ देयके/पावत्या/निर्देशपत्रे- प्रिस्कीप्शन्स जोडा)

ड) व्यक्तीचस मृत्यू (कारण) : .....

१. रूग्णालयात दाखल केल्याची तारीख :..... वेळ : .....
२. रूग्णलयातून सोडल्याची तारीख :..... वेळ : .....
३. मृत्यूची तारीख :..... वेळ : .....(मृत्यूचा दाखला जोडा)

मी दावा प्रपत्रात सादर केलेल्या तपशीलाची पुढील तपासणी केली आणि सादर तपशील माझ्या निष्कर्षाशी सुसंगत आहे आणि सादर दावा ..... या कारणामुळे रूपये ..... एवढ्या नुकसानभरपाईस पात्र आहे.

कृपया रूपये ..... लाभार्थीला प्रदान करा.

### जोडलेले दस्तऐवज

(अ) मुळ दावा आणि वैद्यकीय प्रमाणपत्र ( )

(ब) नसबंदी शस्त्रक्रिया प्रमाणपत्राची साक्षांकित प्रत ( )

(क) संमती प्रपत्राची साक्षांकित प्रत ( )

(ड)..... ( )

(ई)..... ( )

सही : .....

नांव : .....

दूरध्वनी क्रमांक : .....

पदनाम : .....

तारीख : .....

शिक्का

### कार्यक्रमाचे नाव :- सावित्रीबाई फुले योजना

➤ **लाभार्थीच्या पात्रता संबंधीच्या अटी व शर्ती :-** सावित्री बाई फुले कन्या कल्याण योजने अंतर्गत दारिद्र्य रेषेखालील नोंद झालेल्या कुटूंबातील फक्त एक किंवा दोन मुलीच्या जन्मानंतर कुटूंब नियोजन शस्त्रक्रिया करून घेतल्यास त्याच्या मुलीकरीता उपरोक्त कुटूंब नियोजन शस्त्रक्रिया व्यतिरिक्त खालील प्रमाणे मोबदला अनुज्ञेय आहे.

➤ **लाभ मिळण्याच्या अटी :-**

1. सादर योजनेचा लाभ फक्त महाराष्ट्र राज्यात अदिवासी (Domiciled) कुटूंबानाच देय होईल.
2. लाभार्थी हा दारिद्र्य रेषेखालील कुटूंबाच्या यादीमधीच असावा.
3. पती किंवा पत्नीने केलेली कुटूंब नियोजन शस्त्रक्रिया राज्यातील शासन मान्य संस्था अथवा नोंदणीकृत वैद्यकीय व्यवसायिक रुग्णातयाल दि. 1 एप्रिल 2007 रोजी अथवा तद्नंतर केलेली असावी.
4. पती किंवा पत्नीपैकी कोणीही यापूर्वी निर्बीजीकरण शस्त्रक्रिया केलेली नसावी.
5. सादर योजनेच्या लाभार्थीना फक्त एक अथवा दोन मुली असाव्यात परंतु मुलगा मात्र नसावा.

➤ **लाभ मिळण्यासाठी कार्यपध्दती :-** एक मुलगी असल्यास त्या मुलीचे वय 1 वर्ष पुर्ण झाल्यानंतर आणि दोन मुली असल्यास, दुसऱ्या मुलीचे वय 1 वर्ष पुर्ण झाल्यानंतर अर्जदारांनी नवी मुंबई महानगरपालिकेतील जवळच्या नागरी आरोग्य केंद्राकडून अर्ज प्राप्त करून घेऊन आवश्यक कागद पत्रानुसार अर्ज संबंधीत नागरी आरोग्य केंद्रात द्यावा.

➤ **पात्रता ठरविण्यासाठी आवश्यक असलेले कागदपत्रे :-**

- I. प्रपत्र अ विहित नमुन्यातील भरलेला अर्ज,
- II. शस्त्रक्रिया केल्यासंबंधीचे प्रपत्र व विहित नमुन्यातील वैद्यकीय अधिकाऱ्याचे प्रमाणपत्र

- III. शिधावाटप पत्रिकेची प्रत.
- IV. शाळा सोडल्याचा दाखला किंवा शालंात माध्यमिक परीक्षा उत्तीर्ण झाल्याचा दाखला, महानगरपालिकेने दिलेले जन्माचे प्रमाणपत्र यापैकी कोणत्याही एका प्रमाणपत्राची प्रत
- V. महानगरपालिका यांनी सदर कुटूंब दारिद्र्य रेषेखालील कुटूंबाच्या यादीमध्ये समाविष्ट असल्याबाबत दिलेल्या प्रमाणपत्राची प्रमाणित प्रत

➤ **कार्यक्रामांमध्ये मिळणाऱ्या लाभाची विस्तृत माहिती :-**

१. 1 मुलीवरील कुटूंब नियोजन शस्त्रक्रिया केलेल्या पात्र लाभार्थींना रु. 8,000/- नॅशनल सेव्हिंग सर्टिफिकेटद्वारे व रु. 2000/- रोख (शस्त्रक्रिया केलेल्या व्यक्तिस), लाभ देय राहिल.
२. 2 मुलीवरील कुटूंब नियोजन शस्त्रक्रिया केलेल्या पात्र लाभार्थींना रु. 4000/- प्रति मुलीच्या नावे नॅशनल सेव्हिंग सर्टिफिकेटद्वारे व रु. 2000/- रोख (शस्त्रक्रिया केलेल्या व्यक्तिस), शेवटची मुलगी 1 वर्षाची झाल्यावर लाभार्थीस कुटूंबास मिळतील.

➤ **अनुदान वाटपाची कार्यपध्दती :-** पात्र उमेदवारांना वरील प्रमाणे अनुदान वाटप करण्यात येते.

➤ **सक्षम अधिकाऱ्याचे पद नाम :-** राज्य शासनामार्फत.

➤ **विनंती अर्जासोबत लागणारे शुल्क :-** लागू नाही.

➤ **विनंती अर्जाचा नमुना :-** प्रपत्र अ

➤ **इतर शुल्क :-** लाभार्थीस कोणत्याही प्रकारचे शुल्क आकारण्यात येत नाही.

➤ **सोबत जोडणे आवश्यक असलेल्या कागदपत्रांची यादी :-**

- I. प्रपत्र अ विहित नमुन्यातील भरलेला अर्ज,
- II. शस्त्रक्रिया केल्यासंबंधीचे प्रपत्र व विहित नमुन्यातील वैद्यकीय अधिकाऱ्याचे प्रमाणपत्र
- III. शिधावाटप पत्रिकेची प्रत.
- IV. शाळा सोडल्याचा दाखला किंवा शालंात माध्यमिक परीक्षा उत्तीर्ण झाल्याचा दाखला, महानगरपालिकेने दिलेले जन्माचे प्रमाणपत्र यापैकी कोणत्याही एका प्रमाणपत्राची प्रत
- V. महानगरपालिका यांनी सदर कुटूंब दारिद्र्य रेषेखालील कुटूंबाच्या यादीमध्ये समाविष्ट असल्याबाबत दिलेल्या प्रमाणपत्राची प्रमाणित प्रत

कार्यपध्दती संदर्भात तक्रार निवारणासाठी संबंधित अधिकाऱ्याचे पदनाम :- वैद्यकीय आरोग्य अधिकारी

जोडपत्र - 3

**सावित्रीबाई फुले कन्या कल्याण पारितोषिक योजना**

(कुटूंब कल्याण शस्त्रक्रिया करून घेणाऱ्या जोडप्यातील पती व पत्नीने भरून द्यावयाच्या अर्जाचा नमुना)

- १) पतीचे संपूर्ण नाव :- -----
- २) पत्नीचे संपूर्ण नाव :- -----
- ३) सध्याचा पत्ता :- -----
- ४) कायमचा पत्ता :- -----
- ५) पतीची जन्मतारीख :- -----
- ६) पत्नीची जन्मतारीख :- -----



- ७) दारिद्र्य रेषेखालील नोंदीचा क्रमांक :- -----
- ८) हयात अपत्यांची संख्या :- -----
- १) एक मुलगी :- -----
- २) दोन मुली :- -----
- (लागू असलेले व त्या क्रमांकापुढे √ खुण करावी)

९) जोडप्यातील शस्त्रक्रिया करुन :- -----

घेणाऱ्या व्यक्तीचे नाव

१०) शस्त्रक्रिया करुन घेतल्याचा दिनांक :- -----

११) शस्त्रक्रिया करुन घेतल्याचा दिनांकास असलेले वय :

१) पतीचे वय	वर्ष	महिने
२) पत्नीचे वय	वर्ष	महिने
३) पहिल्या मुलीचे वय	वर्ष	महिने
४) दुसऱ्या मुलीचे वय	वर्ष	महिने

१२) श्री. ----- श्रीमती. -----

आम्ही प्रतिज्ञापूरवक लिहून देतो की -

- १) आम्हा उभयतांना फक्त एक/दोन मुली आहेत मात्र एकही मुलगा नाही.
- २) आम्हा उभयतांपैकी कोणावरही या अगोदर निर्बीजीकरण शस्त्रक्रिया करण्यात आलेली नाही.
- ३) निर्बीजीकरण शस्त्रक्रिया यदाकदाचित अपयशी ठरली तर वैद्यकीय गर्भपात शस्त्रक्रिया करुन घेण्यात येईल.
- ४) पुर्नसजोडणी शस्त्रक्रिया करुन आम्ही यापुढे आणखी अपत्यास जन्म देणार नाही.
- ५) आम्ही आमच्या मुलीचे/मुलींचे संपूर्ण लसीकरण करुन घेणार आहोत.
- ६) आम्ही आमच्या मुलीचे/मुलींचे विवाह तिच्या/त्यांच्या वयाची 18 वर्ष पुर्ण होईपर्यंत करणार नाही.

वरील प्रतिज्ञांचे आम्ही पालन केल नाही अथवा वर दिलेली माहिती खोटी आढळल्यास आमच्या मुली/मुलींस मिळणाऱ्या राष्ट्रीय बचत प्रमाणपत्रावर आमच्या मुली/मुलींची हक्क राहणार नाही, हे आम्हास माहित असून मान्य आहे.

ठिकाण :-

पत्नीचे नाव व सही

दिनांक :-

पत्नीचे नाव व सही

ज्या संस्थेमध्ये शस्त्रक्रिया झाली त्या संस्था  
प्रमुखाच्या समक्ष वरील सहया केल्या असल्याबद्दल

ठिकाण :-

संस्था प्रमुखाचे नाव व सही

दिनांक :-

व शिक्का -----

