

(Financial help will be given only to eligible students as per University rules)

विद्यार्थ्यांसाठी सूचना : **MOBILE NO.**

१. औषधोपचारासाठीची आर्थिक मदत विद्यापीठ नियमानुसार देण्यात येईल. यासाठी वैद्यकीय अधिकारी अथवा कार्यालयात संपर्क साधावा व माहिती घ्यावी.
२. अर्ज करताना झालेल्या वैद्यकीय खर्चाची बिले, बिलांच्या संख्येनुसार जरूरीप्रमाणे दिनांकानुसार व क्रमवारीने एका वा जास्त कागदांवर व्यवस्थित चिटकवून सादर करावीत म्हणजे बिले गहाळ होणार नाहीत
३. बिलांची संख्या दोन पेक्षा जास्त असल्यास खालील नमुन्यात झालेल्या खर्चाचा तपशील द्यावा
४. अर्जदार इबीसी / ओबीसी / बीसी / एस्सी / एसटी / एनटी / डीटीएनटी / व्हिजेएनटी / एसबीसी या वर्गातील असल्यास त्याप्रमाणे प्रमाणीत जात दाखला / उत्पन्न दाखला जोडणे आवश्यक आहे
५. शस्त्रक्रिया वा इतर वैद्यकीय उपचारासाठी रुग्णालयात दाखल व्हावे लागले असल्यास रुग्णालयाचे डिसचार्ज कार्ड ची झेरॉक्स प्रत जोडावी व मूळ प्रत पाहणीसाठी सादर करावी .

ऑपरेशनसाठी वा रुग्णालयात दाखल होण्यापूर्वी वैद्यकीय मदतीसाठीचा अर्ज केल्यास संबंधीत रुग्णालयाकडील वा डॉक्टरांकडील वैद्यकीय खर्चाचा तपशील त्यांचेकडील लेटरहेडवरील पत्राव्दारे सादर करावा म्हणजे त्यास योग्य ती आर्थिक मंजूरी घेऊन आर्थिक मदत देणे शक्य होईल व तसा धनादेश विनंतीनुसार संबंधीतांच्या नावे काढला जाईल.

Application form for getting financial assistance for medical treatment

To,

**The Medical Officer,
Student's Health Service Scheme, University of Pune**

Date:

01. Name of the student (in Capitals) : _____

02. Class & Roll No. : _____ Subject : _____
Hostel Room No. : _____ Hostel No. : _____

03. Name of the Department / College :

04 Category : EBC / OBC / SBC / BC / SC / ST / NT / DTNT / VJNT

05. Address : _____

06. Compulsory Medical Check-up done at : College / Hostel / University

07. Name of the Specialist Doctor who has :
examined and advised treatment .

08. Nature of the disease :

09 Approximate cost of treatment : Please enclose estimate / Bills from Doctor / Hospital

10. **Necessary Documents to be submitted** : Xerox copy of Caste Certificate, Original Bills,
Discharge card from Hospital, Estimate of expenses, etc.

Sr. No	Bill Number & Bill Date	Name & Place of the party / shop / Firm / Doctor / Hospital to whom payment made	Particulars of Payment (e.g. : Doctor's fee, Medicines, Operation charges etc)	Amount paid by the student Rs. - Ps
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				

Signature of the student : _____

Name :

Contact Number / phone : _____

Recommendations :

Hostel No. :

Room No : _____

Signature & stamp of
Head, University Department / Principal of the College

Signature & Stamp of
Chief Rector

FOR OFFICE USE OF STUDENTS' HEALTH SERVICE SCHEME :

Amount Approved / Sanctioned for reimbursement : Rs.

Bill Register Page No. :

A/c Code : 203605

Deptt Code : 010

Budget Head : 'Treatment to Deserving Students'