Estd. 1962
"A++" Accredited by
NAAC(2021)
With CGPA 3.52

SHIVAJI UNIVERSITY, KOLHAPUR
416 004, MAHARASHTRA
PHONE : EPABX – 2609000, www.unishivaji.ac.in
शिवाजी विद्यापीठ, कोल्हापूर – 416 004,
दुरध्वनी – ईपीएबीएक्स – 2609000,
www.unishivaji.ac.in

विद्यार्थी विकास विभाग

Dr. P. T. Gaikwad
Director, Students' Development
Phone – (0231) 2609175, 2609475
Email: dsw@unishivaji.ac.in

संदर्भ क्रं. शिवाजी वि/विद्यार्थी विकास/२४ दि. २१/०५/२०२४

प्रति,
मा. प्राचार्य /प्रमुख,
सर्व संलग्न महाविद्यालये व मान्यता प्राप्त शिक्षण, संस्था
मा. अधिविभागप्रमुख, सर्व अधिविभाग,
शिवाजी विद्यापीठ, कोल्हापूर.

विषयः— सन २०२४—२०२५ या शैक्षणिक वर्षाचे शिवाजी विद्यापीठ विद्यार्थी अपघात/वैद्यकीय मदत निधी योजना पाठविणेबाबत.

महोदय,/महोदया,

उपरोक्त विषय संदर्भात, आपणांस कळविण्यात येते की, महाविद्यालय किंवा विद्यापीठाच्या वतीने स्पर्धा/संशोधन कार्य/कार्यशाळा/परिषदा/शिबीर/उपक्रम/एन.एस.एस/एन.सी.सी/आविष्कार/सांस्कृतिक/क्रिडा इ. विविध कार्यक्रमामध्ये भाग घेणाऱ्या विद्यार्थ्यांसाठी विद्यापीठामार्फत शिवाजी विद्यापीठ विद्यार्थी अपघात/वैद्यकीय मदत निधी योजना शैक्षणिक वर्ष २०२१—२०२२ पासून सुरू करण्यात आलेली आहे. सोबत नियमावली जोडली आहे. सदर योजनेसाठी, प्रति वर्षी, प्रति विद्यार्थी रू. २०/— इतका निधी घेण्यास विद्यापीठ अधिकार मंडळाने मान्यता दिलेली आहे. त्यानुसार **शैक्षणिक वर्ष सन २०२४—२०२५ साठी आपल्या महाविद्यालयात/अधिविभागात प्रवेशित प्रत्येक विद्यार्थ्यांकडून प्रति विद्यार्थी रू. २०/— इतका अपघात/वैद्यकीय मदत निधी घेण्यात यावा व सदर जमा होणारी रक्कम विद्यार्थ्यांच्या प्रवेशानंतर एक महिन्याच्या आत अंदाजपत्रकीय शिर्षक E.4 R.115 या खाती ऑनलाईन पद्धतीने भरण्यात यावी** ही विनंती. तसेच भरलेल्या निधीची पावती व प्रवेशित विद्यार्थ्याच्या नावाची यादी या कार्यालयास त्वरीत जमा करण्यात यावी. **याबाबत आपणास आदेशान्वये कळविण्यात येते की, सदर निधी भरणे प्रत्येक महाविद्यालयास अनिवार्य आहे.**

तसेच बऱ्याच महाविद्यालयामार्फत संपूर्ण प्रवेशित विद्यार्थ्यांचा निधी भरला जात नाही. विद्यापीठामध्ये प्रती विद्यार्थी भरलेली रक्कम व महाविद्यालयामार्फत ए.आय.एस.एच.ई (A.I.S.H.E) या पोर्टलवर नमुद केलेली विद्यार्थी संख्या यामध्ये तफावत दिसून येते. त्यामुळे ए.आय.एस.एच.ई (A.I.S.H.E) च्या पोर्टलवर नमुद केलेल्या विद्यार्थी संख्येनुसार सदर निधी जमा करावयाचा आहे.

कळावे,

आपला विश्वासू,
21/5/24
संचालक
विद्यार्थी विकास

सोबत: वरीलप्रमाणे

Estd : 1962
NAAC 'A' Grade

शिवाजी विद्यापीठ, कोल्हापूर

विद्यार्थी विकास विभाग

महाविद्यालय किंवा विद्यापीठाच्या वतीने स्पर्धा/संशोधन कार्य/
कार्यशाळा/परिषदा/शिबीर/उपक्रम/एन.एस.एस./
एन.सी.सी./आविष्कार/सांस्कृतिक/क्रिडा
इ. विविध कार्यक्रमामध्ये भाग घेणाऱ्या विद्यार्थ्यांसाठी

शिवाजी विद्यापीठ विद्यार्थी अपघात/वैद्यकीय मदत निधी योजना

शैक्षणिक वर्ष २०२१–२०२२ पासून

शिवाजी विद्यापीठ, कोल्हापूर

महाविद्यालय किंवा विद्यापीठाच्या वतीने स्पर्धा/संशोधन कार्य/कार्यशाळा/परिषदा/शिबीर/उपक्रम/एन.एस.एस./ एन.सी.सी./आविष्कार/सांस्कृतिक/क्रिडा इ. विविध कार्यक्रमामध्ये भाग घेणा-या विद्यार्थ्यांसाठी

शिवाजी विद्यापीठ विद्यार्थी अपघात/वैद्यकीय मदत निधी योजना

- **प्रस्तावना:** शिवाजी विद्यापीठांतर्गत येणा-या विविध संलग्न महाविद्यालयातील तसेच अधिविभागातील विद्यार्थ्यांसाठी ही योजना दिनांक ४/१२/२०२० रोजी च्या व्यवस्थापन परिषदेच्या बैठकीतील ठराव क्र. ९ नुसार शैक्षणिक वर्ष २०२१-२०२२ पासून सुरू करण्यात येत आहे.

- **योजनेचे नाव:** महाविद्यालय किंवा विद्यापीठाच्यावतीने स्पर्धा/संशोधन कार्य/कार्यशाळा/परिषदा/शिबीर/उपक्रम/एन.एस.एस./ एन.सी.सी./आविष्कार/सांस्कृतिक/क्रिडा इ. विविध कार्यक्रमामध्ये भाग घेणा-या विद्यार्थ्यांसाठी शिवाजी विद्यापीठ विद्यार्थी अपघात/वैद्यकीय मदत निधी योजना.

- **योजनेची व्याप्ती:**

  १) शैक्षणिक वर्षामध्ये ज्या विद्यार्थ्याने शिवाजी विद्यापीठामध्ये किंवा संलग्नित महाविद्यालयामध्ये तसेच दुरशिक्षण केंद्रातंर्गत किंवा विद्यापीठ अधिविभागामध्ये प्रवेश घेतलेला आहे असा विद्यार्थी या योजनेच्या लाभास पात्र असेल.

  २) कमवा व शिका या योजनेअंतर्गत शिवाजी विद्यापीठाच्या विद्यार्थी भवनमधील प्रवेशित विद्यार्थी या योजनेस पात्र असतील.

  ३) एम. फिल व पीएच. डी. अभ्यासक्रमासाठी प्रवेशित विद्यार्थ्यांनाही ही योजना लागू असेल. यामध्ये नियमित प्रवेश घेतलेले विद्यार्थी पात्र असतील. तथापि, नोकरीमध्ये नियमित सेवेत असणारे विद्यार्थी हे या योजनेसाठी पात्र असणार नाहीत.

  ४) वरील १ ते ३ मध्ये सर्व बाबी नमूद असल्या तरी, या योजनेचा लाभ घेणेकरिता निर्धारीत करण्यात आलेले वार्षिक शुल्क संबंधित लाभ घेवू इच्छित विद्यार्थ्यांने भरलेले असणे आवश्यक असेल व जर निर्धारीत शुल्क भरलेले असेल तरच नियमानुसार सदरची व्यक्ती योजनेच्या लाभास पात्र असेल.

- **योजनेसाठी भरावे लागणारे शुल्क:**

  शैक्षणिक वर्ष २०२१-२०२२ पासून अपघात/वैद्यकीय मदत निधी शुल्क प्रति विद्यार्थी प्रतिवर्षी रू. २०/- याप्रमाणे आकारण्यात येईल.

  महाविद्यालयाकडे जमा होणारी रक्कम एक महिन्याच्या आत विद्यापीठाकडे वर्ग करावी. अन्यथा संबंधित महाविद्यालयातील प्रस्तावांबाबत संबंधित महाविद्यालय जबाबदार राहील.

- **योजनेची पात्रता व योजनेपोटी दिला जाणारा निधी:**

  जेव्हा विद्यार्थी महाविद्यालय/विद्यापीठाच्यावतीने विविध स्पर्धेत भाग घेण्यासाठी, संशोधन/कार्यशाळा/परिषदा/शिबीर/उपक्रम/ एन.एस.एस/एन.सी.सी/आविष्कार/सांस्कृतिक/क्रिडा इ. साठी महाविद्यालयाचे/विद्यापीठाचे प्रतिनिधित्व करण्यासाठी जातात, तेव्हा प्रवासादरम्यान तसेच उपक्रम/स्पर्धेच्या वेळी तसेच स्पर्धेच्या सराव शिबीराच्या दरम्यान अपघात झाल्यास किंवा आजारी पडल्यास होणारा प्रत्यक्ष खर्च किंवा रू. ५०,०००/- यापैकी जी रक्कम कमी असेल ती विद्यापीठाकडून दिली जाईल.

- **अपघात/वैद्यकीय मदत निधी प्रस्ताव सादर करावयाचा कालावधी:**

  घटना घडल्यापासून निधी प्रस्ताव सादर करण्याची मुदत १८० दिवस असणार आहे.

- **कालावधी:**

  या योजनेची मुदत निधी रक्कम भरल्याच्या दिनांकापासुन पुढील १ वर्षापर्यंत राहील. सदर योजनेचा कालावधी विद्यार्थ्याने विहीत शुल्क महाविद्यालयात व अधिविभागातील विद्यार्थ्याने विद्यापीठात भरल्याच्या दिनांकापासून २४ × ३६५ (३६५ दिवस × २४ तास) इतका असणार आहे.

- **अपघात/वैद्यकीय मदत निधी प्रस्ताव सादर करताना द्यावयाची कागदपत्रे:**

  अपघात/वैद्यकीय मदत निधी प्रस्ताव सादर करताना संबंधित विद्यार्थी/वारस यांना फार त्रास न होता प्रस्ताव सादर करता यावा व त्याला

अपघात/वैद्यकीय मदत निधी रक्कम लवकरात लवकर मिळावी यासाठी प्रस्तावासोबत पुढीलप्रमाणे कागदपत्रे जोडणे आवश्यक आहे.

१. उपक्रमाच्या वेळी अपघात झाल्याचे/आजारी पडल्याचे प्रमाणपत्र (संघव्यवस्थापक/समन्वयक/प्रशिक्षक/प्रकल्प अधिकारी/उपक्रम प्रमुख इ. यांचे).

२. महाविद्यालयाचे/अधिविभागाचे संबंधित विद्यार्थ्यास/वारसास अपघात/ वैद्यकीय मदत निधी रक्कम देण्याबाबत ना हरकत प्रमाणपत्र (प्राचार्य/अधिविभागप्रमुख यांचे).

३. १०० रूपयांच्या स्टॅम्पवर विद्यार्थ्यांचे ॲफिडेव्हीट मुळ प्रत.

४. आगाऊ पोहोच पावती (१ रूपयाचे पावती तिकिट लावून सही करणे).

५. विद्यार्थ्यांच्या आधार कार्डची साक्षांकित प्रत.

६. विद्यार्थ्याने अपघात/वैद्यकीय मदत निधी रक्कम भरलेल्या पावतीची झेरॉक्स प्रत.

७. महाविद्यालयाने अपघात/वैद्यकीय मदत निधी रक्कम विद्यापीठात भरलेल्या पावतीची झेरॉक्स प्रत.

८. प्राचार्य/अधिविभागप्रमुख यांच्या सहीसह विद्यार्थ्यांची संपुर्ण वर्गाची यादी (विद्यापीठामध्ये रक्कम जमा केल्यानंतर रक्कम जमा केल्याची पावती व विद्यार्थ्यांची यादी विद्यार्थी विकास विभागाकडे सत्वर जमा करणे आवश्यक).

९. विद्यार्थ्याचे राष्ट्रीयीकृत बँक पासबुक पहिले पान झेरॉक्स प्रत, ज्यामध्ये सर्व आवश्यक बाबी स्पष्टपणे दिसतील.

१०. वैद्यकीय प्रमाणपत्र मुळ प्रत.

११. वैद्यकीय बिले मुळ प्रत.

- **अपघात /वैद्यकीय मदत निधी योजनेच्या मर्यादा:**

१. आत्महत्येचा प्रयत्न या कारणाने झालेल्या वैद्यकीय/दवाखान्यातील खर्चाची बिले ग्राहय धरली जाणार नाहीत.

२. उशिरा दाखल झालेल्या प्रस्तावाबाबत निर्णय घेण्याचे अधिकार मा. कुलगुरूंना असतील.

३. कल्याण निधी योजना व अपघात/वैद्यकीय मदत निधी योजना या स्वतंत्रपणे राबविल्या जातील.

४. उपक्रमादरम्यान आजारी पडल्यास/अपघात झाल्यास वर्षभरामध्ये प्रति विद्यार्थी जास्तीत जास्त रू. ५०,०००/- निधी दिला जाईल.

५. उपक्रमादरम्यान/उपक्रमाशी संबंधित प्रवासादरम्यान घडलेल्या वैद्यकीय/आजाराची बिले ग्राहय धरण्यात येतील.

६. सादर करण्यात येणारी बिले विद्यापीठ वैद्यकीय अधिकारी यांच्याकडून तपासून घेऊन त्यांच्या अभिप्रायानुसार अंतिम करण्यात येतील.

- **अपघात /वैद्यकीय मदत निधी योजनेचे मुल्यमापन:**

सदर योजनेमध्ये दरवर्षी जमा झालेली व खर्ची पडलेली एकूण रक्कम यांचा हिंशोब माहे जून/जुलै मधील व्यवस्थापन परिषदेच्या बैठकीपुढे ठेवण्यात येईल. तसेच वर्षातून एकदा या योजनेचा आढावा घेण्यात येईल.
महाविद्यालय किंवा विद्यापीठाच्यावतीने स्पर्धा/संशोधन कार्य/कार्यशाळा/परिषदा/शिबीर/उपक्रम/एन.एस.एस./एन.सी.सी./आविष्कार/सांस्कृतिक/क्रिडा इ. विविध कार्यक्रमामध्ये भाग घेणा-या विद्यार्थ्यांसाठी शिवाजी विद्यापीठ विद्यार्थी अपघात /वैद्यकीय मदत निधी योजना अधिक प्रभावीपणे तथा सर्वसमावेशक पद्धतीने राबविता यावी याकरिता सदर योजनेच्या कार्यपध्दतीमध्ये व नियमावलीमध्ये वेळावेळी बदल करण्याचा अधिकार व्यवस्थापन परिषदेस राहील.

सदर योजनेअंतर्गत जमा झालेला परंतु खर्च न झालेला निधी या योजनेच्या बजेट हेडमध्ये वर्ग करण्यात येईल.

सदर योजनेबाबत माहितीचा फलक सहभागी महाविद्यालये/अधिविभागाने/संस्थेने सर्वांच्या माहितीसाठी दर्शनी भागात लावणे बंधनकारक आहे. तसेच महाविद्यालयाच्या माहिती पुस्तिकेमध्ये छापणे बंधनकारक आहे. ही योजना सर्व विद्यार्थ्यांना माहित होणेसाठी महाविद्यालय/अधिविभागामध्ये खास प्रयत्न करणे आवश्यक आहे.

संचालक
विद्यार्थी विकास

Estd.1962
NAAC 'A' Grade

शिवाजी विद्यापीठ, कोल्हापूर

विद्यार्थी विकास विभाग

महाविद्यालय किंवा विद्यापीठाच्यावतीने स्पर्धा/संशोधन कार्य/कार्यशाळा/परिषदा/शिबीर/उपक्रम/ एन.एस.एस./एन.सी.सी./आविष्कार/सांस्कृतिक/ क्रिडा इ. विविध कार्यक्रमामध्ये भाग घेणा-या विद्यार्थ्यांसाठी शिवाजी विद्यापीठ विद्यार्थी अपघात /वैद्यकीय मदत निधी या योजनेअंतर्गत वैद्यकीय खर्चाचा परतावा मिळण्यासाठी सादर करावयाचा प्रस्ताव

विद्यार्थी/विद्यार्थीनींचे नाव : ------------------------------------

महाविद्यालयाचे/अधिविभागाचे नाव : ------------------------------

----

शिकत असलेला वर्ग : ------------------------------------

मोबाईल क्रमांक : ------------------------------------

वैद्यकीय अधिकारी, आरोग्य केंद्र,

शिवाजी विद्यापीठ, कोल्हापूर यांचा अभिप्राय

(कार्यालयीन उपयोगासाठी)

शिवाजी विद्यापीठ विद्यार्थी अपघात/वैद्यकीय मदत निधी योजनेअंतर्गत ____________________ ____________________ या विद्यार्थ्याने/विद्यार्थीनीने सादर केलेला प्रस्ताव तपासला असून त्यामध्ये सादर केलेली प्रमाणपत्रे/बिले योग्य व वाजवी आहेत/नाहीत.

टिपणी :- (आवश्यकता असल्यास)

ठिकाण : सही

दिनांक : शिक्का

तपासणी सुची

अ. क्रं	तपासावयाचे मुद्दे	सोबत जोडले आहे किंवा नाही याबाबत खुलासा	पृष्ठ क्रमांक
१	मागणीकर्त्याचे नाव व वर्ग		
२	रूग्णाचे नाव व नाते		
३	उपचार घेतलेल्या रूग्णालयाचे नाव		
४	उपचार घेतलेले रूग्णालय शासनमान्य आहे किंवा कसे? (Bombay Nursing Home Act)		
५	आंतररूग्ण कालावधी	दि. / / ते दि. / /	
६	रूग्णाचा आजार		
७	हमीपत्र		
८	प्रमाणपत्र		
९	ना हरकत प्रमाणपत्र		
१०	आगाऊ पोहच पावती		
११	सक्षम वैद्यकीय देखभाल अधिकाऱ्याचे आजाराबाबतचे प्रमाणपत्र (मेडिकल सर्टिफीकेट)		
१२	डिस्चार्ज सर्टिफिकेट/कार्ड		
१३	रुग्णालयाच्या बिलांच्या पावत्या		
१४	खरेदी केलेल्या औषधांच्या प्रमाणित केलेल्या पावत्या.		
१५	लॅबोरेटरी खर्चाच्या पावत्या		
१६	टॉनिक/अल्कोहल सर्टिफीकेट		
१७	इतर कागदपत्रे		
१८	प्रस्तावातील एकूण पृष्ठ संख्या		
१९	एकूण मागणी रक्कम		

विद्यार्थ्यांची सही व पूर्ण नाव

( )

महत्वाच्या सुचना :

१. प्रस्तावासोबत जोडलेल्या सर्व बिलांवर (Paid by me) असे लिहून स्वाक्षरी करावी.

२. प्रस्तावासोबत रूग्णालय शासनमान्य असल्याचे प्रमाणपत्र जोडावे (Bombay Nursing Home Act).

३. प्रस्तावातील मेडिकल सर्टिफिकेट व डिस्चार्ज सर्टिफिकेट यांना फ्लॅग लावावेत.

४. मुळ प्रस्ताव फाईलमध्ये घालून त्याची एक छायांकित प्रत अशा दोन प्रती विद्यार्थी विकास विभागात जमा कराव्यात.

जोडपत्र –१

विद्यार्थ्यांचा अर्ज

दि.

विद्यार्थ्याचे नांव – --

महाविद्यालयाचे नांव – --

वर्ष :- ------------------ वर्ग: ------------------ तुकडी: ------------

प्रति,
मा.संचालक,
विद्यार्थी विकास,
शिवाजी विद्यापीठ, कोल्हापूर

विषय : शिवाजी विद्यापीठ विद्यार्थी अपघात/वैद्यकीय मदत निधी योजनेअंतर्गत वैद्यकीय खर्चाचा परतावा मिळणेबाबत.

महोदय,

मी ---------------------- या महाविद्यालयातील/अधिविभागातील ---- या वर्गात नियमित विद्यार्थी/विद्यार्थीनी म्हणून शिकत असून ---------------- या कालावधीमध्ये -------------- या उपक्रमामध्ये सहभागी झालो/झाले होते. सदर उपक्रमादरम्यान अपघात झाल्यामुळे/आजारी पडल्यामुळे ---------- या कालावधीत मला दवाखान्यात भरती व्हावे लागले होते. सदर वैद्यकीय खर्चाचा परतावा शिवाजी विद्यापीठ विद्यार्थी अपघात/वैद्यकीय मदत निधी योजनेतून मला मिळावा यासाठी मी प्रस्ताव सादर करीत आहे. सदरचा खर्च हा आत्महात्येचा प्रयत्न या कारणास्तव झालेला नाही. तसेच याबाबतीत कोणतीही कायदेशीर बाब उदभवल्यास त्यासाठी मी स्वत: जबाबदार राहीन. तरी मला सदर योजनेमधून मदत मिळावी ही विनंती.

कळावे.

आपला/आपली विश्वासू, विद्यार्थी

(सही-)

(नांव-)

(मोबाईल क्र.:)

जोडपत्र –२

प्रमाणपत्र

शिवाजी विद्यापीठ, कोल्हापूर यांना लिहून देण्यात येते की, आमच्या- -

या अधिविभागातील/महाविद्यालयातील- -

हा विद्यार्थी/ही विद्यार्थीनी- - - - - - - - - - - - -या वर्गात नियमित विद्यार्थी म्हणून शिकत असून - - - - - - - - - - - - या

कालावधीमध्ये - - - - - - - - - - - - - - - - - -या उपक्रमामध्ये सहभागी झाला होता/झाली होती. सदर उपक्रमादरम्यान तो/

ती अपघात झाल्यामुळे/आजारी पडल्यामुळे - - - - - - - - -या कालावधीत त्याला/तिला दवाखान्यात भरती व्हावे लागले होते.

सही :

(नाव :)

संघव्यवस्थापक/समन्वयक/प्रशिक्षक/ प्रकल्प अधिकारी/उपक्रम प्रमुख/

एन.एस.एस/एन.सी. सी/आविष्कार/इ.यांचे नाव अधिविभागाचा/महाविद्यालयाचा

सही व शिक्का

जोडपत्र –३

ना हरकत प्रमाणपत्र

शिवाजी विद्यापीठ, कोल्हापूर यांना लिहून देण्यात येते की, आमच्या- -

- - - - - - - - - - या अधिविभागातील/महाविद्यालयातील - हा

विद्यार्थी/ही विद्यार्थीनी - - - - - - - - - - - या वर्गात नियमित विद्यार्थी म्हणून शिकत असून - - - - - - - - - - - - - - -

या कालावधीमध्ये - - - - - - - - - - - - - - - या उपक्रमामध्ये सहभागी झाला होता/झाली होती. सदर उपक्रमादरम्यान तो/ती

अपघात झाल्यामुळे/आजारी पडल्यामुळे- - - - - - - - - - या कालावधीत त्याला/तिला दवाखान्यात भरती व्हावे लागले होते.

सदर विद्यार्थी/विद्यार्थीनीची मंजूर अपघात/वैद्यकीय मदत निधी रक्कम श्री./श्रीमती.- - - - - - - - - - - - - - - - - -

- या विद्यार्थी/विद्यार्थीनीस/वारसास देणेस आमचे महाविद्यालयाची काही हरकत नाही.

अधिविभागप्रमुख/प्राचार्य

सही व शिक्का

जोडपत्र – ४

हमीपत्र (Affidavit)

मी श्री/श्रीमती --

वर्ग ---------------- महाविद्यालय/अधिविभाग ------------ सत्य प्रतिज्ञेवर लिहून देतो/देते की,

मी माहे ------- मध्ये माझे --------------- या आजारासाठीचे रू. रक्कमेचे सादर केलेले वैद्यकीय देयक विद्यापीठाच्या लेखापरिक्षणात नामंजूर करण्यात आल्यास सदर वैद्यकीय देयकाच्या रक्कमेची भरपाई मी एक रक्कमी विद्यापीठास परत करीन.

मी हेच वैद्यकीय बील अन्य कोठेही सादर केलेले नाही. सदर वैद्यकीय बिलाबाबत गैरफायदा घेतल्याचे आढळल्यास माझ्यावर कायदेशीर कारवाई करावी अशी मी लेखी हमी देतो/देते.

आपला/आपली विश्वासू, विद्यार्थी

(   )

जोडपत्र – ५

आगाऊ पोच पावती

(Stamped Receipt be sent where pre-received bills are not furnished)

Place :- - - - - - - - - - - - - - -

Date : / /

RECEIPT

Ref. No. - - - - - - - - - - - -

Received from the Finance and Accounts Officer, Shivaji University, Kolhapur, an amount of Rupees - (Rs.)

on account of my -

by Cheque – D.D No./Cash - - - - - - - - - - - - - - - - - - dated - - - - - - - - - - - - - - - - -

Signature - - - - - - - - - - - - -

Particulars of Bill/s	Amount
Total Rs.	

Revenue Stamp over Rs. 5,000/-

(Name in full --)

Address : --

(जर वैद्यकीय बिल मागणी रक्कम रू. ५,०००/– पेक्षा जास्त असेल तर १ रूपयाचे पावती तिकिट (Revenue Stamp) उपरोक्त चौकोनामध्ये लावून सही करावी.)

MEDICAL CERTIFICATE

This is to certify that Shri./ Smt. ____________________________________

Age ______________ Sex __________ is/ was under treatment in this Hospital as an OPD/ Indoor patient No. _______ From _________ to _________ Indoor No. _____ from ________ to _________ A. H. W. N. H. No. _______ from _______ to ______

Dr. ____

Provisional Diagnosis ____________________________________

Final Diagnosis ____

Procedure carried out ____________________________________

Operation Carried _______________________________________

He/ She is advised ________________ days rest/ extended rest from _________ to ________________ admitted in this Hospital. (Fitness to be decided after review in OPD on expiry of above rest period.) He/ She is fit to resume duty with effect from ___________

Remarks ____

Signature of the Doctor : ____________

Place : _______________

Name of the Doctor : ______________

Date : -------/-----/--------------

Hospital Registration No. (Stamp) : _______

DISCHARGE - CARD

Sr. No.	Particulars	Details
1	Patient Name	
2	Inward Registration No.	
3	Address	
4	Age & Sex	Age : Sex : Male/ Female/ Other
5	Date of Addmission	
6	Date of Dischrage	
7	Chief Complaints	
8	Surgery Performed	
9	Investigations	
10	Drugs	
11	Diagnosis	
12	Complication	
13	Treatment	
14	Treatment Advice	
15	Follow up	

Signature of the Doctor : _

Name of the Doctor : _

Hospital Reg. No. (Stamp) : _

Name of the Hospital :- _

Details of Medical Expenditure

Details of Medical Expenditure made by Shri/Smt. ____________________________

In conncection with Medical Treatment of Srhi./Smt. ____________________________

Relation, Wife/ Husband/Son/ Daughter/ Father/ Mother/ Brother/ Sister as under :

Sr. No.	Receipt No.	Date	Name of the Medicine	Amount in Rs.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
			Total Rs.	

Signature of the Doctor : ____________________________

Name of the Doctor : ____________________________

Reg. No. of the Doctor : ____________________________

Details of Pathology Laboratory Expenditure

Details of Pathology Lab. Expenditure made by Shri./Smt.______________________

In connection with Medical treatment of Shri./Smt.__________________________

Relation, Wife/ Husband/ Son/ Daughter/ Father/ Mother/ Brother/ Sister as under :

Sr. No.	Receipt No.	Date	Name of the Test	Amount in Rs.
			Total Rs.	

Signature of the Doctor : ____________________

Name of the Doctor : ____________________

Reg. No. of the Doctor : ____________________

TONIC/ALCOHOL CERTIFICATE

This is to certify that the medicine prescribed to the patient Shri./Smt._ . during his/her hospitalization period from_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ to_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ did not contain any Tonic/Alcoholics/Food items.

Signature of the Doctor : _

Name of the Doctor : _

Hospital Reg. No. (Stamp) : _