

## ಅನುಬಂಧ-1

(Ref: ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ : ಸಿಆಸುಇ ಸಿಆಸುಇ 16 ಎಸ್‌ಎಂಆರ್ 2020(ಭಾ-5)  
ದಿನಾಂಕ:09.03.2023)

### FORM : A

(ದ್ವಿಪ್ರತಿಯಲ್ಲಿ ಸಲ್ಲಿಸುವುದು)

### ಕರ್ನಾಟಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನಿ ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಡಲು ಅರ್ಹ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

(ತನ್ನ ಕಚೇರಿ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರ(ನೌಕರರ ಸೇವಾ ವಹಿಯನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಕಚೇರಿ)/ವರದಿ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ  
ಅಧಿಕಾರಿಯ ಮುಖಾಂತರ ಡಿಡಿ ಗೆ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು)

### Form of Application to be submitted by eligible Government Employee for enrolment into the Karnataka Arogya Sanjeevini Scheme (KASS)

(To be submitted through Head of Office (Office where Service Register of the Employee is  
maintained) / Reporting Officer to the DDO)

#### ಸೂಚನೆ:

- ಗಣಕ ಯಂತ್ರದಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಲು ಅನುಕೂಲವಾಗುವಂತೆ ಎಲ್ಲ ವಿವರಗಳನ್ನು ಆಂಗ್ಲ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಕೂಡ ಒದಗಿಸುವುದು.
- ಒಂದು ಪ್ರತಿಯನ್ನು ನೌಕರರ ಸೇವಾ ಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿ ಸಂರಕ್ಷಿಸಿಡುವುದು.
- ಅರ್ಜಿಯ ಒಂದು ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರ ತಪ್ಪದೇ ತನ್ನ ದಾಖಲೆಗೆ ಇರಿಸಿಕೊಳ್ಳತಕ್ಕದ್ದು.

1.	ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಹೆಸರು ತಂದೆ/ಪತಿಯ ಹೆಸರು ಅಡ್ಡ ಹೆಸರು ಸಮೇತ ದಪ್ಪ ಅಕ್ಷರಗಳಲ್ಲಿ (CAPITAL LETTERS)	:	
2.	ಲಿಂಗ	:	ಪುರುಷ/ಸ್ತ್ರೀ M/F
3.	ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಕೆ.ಜಿ.ಐ.ಡಿ ಸಂಖ್ಯೆ (1ನೇ ಪಾಲಿಸಿ)	:	
4.	ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಮೊಬೈಲ್ ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ (ಖಾಯಂ ಆಗಿ ನೋಂದಾಯಿತ ಸಂಖ್ಯೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ.)	:	
5.	ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಇ-ಮೇಲ್ ಐಡಿ (email ID)	:	
6.	ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ (ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್ ಲಗತ್ತಿಸುವುದು)	:	

7.	ನೌಕರ ಹುದ್ದೆಯ ಮೇಲಿನ ಹಕ್ಕನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ (Lien) ಹುದ್ದೆ ಹಾಗೂ ಅಂತಹ ಹುದ್ದೆಯ ವೇತನ ಶ್ರೇಣಿ	:	
8.	ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಮನೆ ವಿಳಾಸ	:	
9.	ಪ್ರಸ್ತುತ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಮೂಲ ವೇತನ	:	
10.	ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಮಾತೃ ಇಲಾಖೆ:	:	
11.	ಸ್ವತಂತ್ರ ಪ್ರಭಾರದಲ್ಲಿ ಉನ್ನತ ಹುದ್ದೆಯಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅಂತಹ ಹುದ್ದೆಯ ಪದನಾಮ ಮತ್ತು ವೇತನ ಶ್ರೇಣಿ	:	
12.	ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಇಲಾಖೆ ಮತ್ತು ಕಚೇರಿ	:	
13.	ನಿಯೋಜನೆ ಮೇರೆಗೆ ಇತರ ಇಲಾಖೆ/ ಅನ್ಯ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿದ್ದಲ್ಲಿ ನೌಕರನ ಮಾತೃ ಇಲಾಖೆ:	:	
14.	ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನೊಂದಿಗೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವ ಆತನ ಕುಟುಂಬದ ಯಾವುದೇ ಸದಸ್ಯರು ಬೇರೆ ಯಾವುದೇ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುವರೆ	:	ಉದಾ: 1.ಪೊಲೀಸ್ ಇಲಾಖೆಯ 'ಆರೋಗ್ಯ ಭಾಗ್ಯ' ಯೋಜನೆ, 2. ಯಾವುದಾದರೂ ಖಾಸಗಿ ವಿಮಾ ಯೋಜನೆ 3.1963 ರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಹಾಜರಾತಿ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಬೇರಾವುದೇ ನಿಯಮಗಳಡಿಯ ಸೌಲಭ್ಯ.
15.	ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನೊಂದಿಗೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವ ಆತನ ಕುಟುಂಬದ ಯಾವುದೇ ಸದಸ್ಯರು ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿದ್ದು <b>KASS</b> ಯೋಜನೆಯಡಿ ನೋಂದಾಯಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿರುವರೆ	:	
16.	ಪತಿ ಅಥವಾ ಪತ್ನಿಯ ಉದ್ಯೋಗದ ವಿವರಗಳು:	:	1) ಪತಿ/ಪತ್ನಿ ಹೆಸರು: 2) ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ: (ವಯಸ್ಸು ) 3) ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ: (ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್ ಲಗತ್ತಿಸುವುದು) 4) ಉದ್ಯೋಗ: ಉದ್ಯೋಗದ ವಿವರ/ಗೃಹಿಣಿ

ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ವಿವರ :			
17.	ತಂದೆ	:	1) ಹೆಸರು: 2) ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ:.... (ವಯಸ್ಸು: ) 3) ಮಾಸಿಕ ವರಮಾನ: 4) ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನೊಂದಿಗೆ ವಾಸವಿರುವರೆ: ಹೌದು/ಇಲ್ಲ 5) ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತರೆ: ಹೌದು/ಇಲ್ಲ 6) ಆಧಾರ ಸಂಖ್ಯೆ: (ಆಧಾರ ಕಾರ್ಡ್ ಲಗತ್ತಿಸುವುದು) 7) ಬೇರೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಅರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ/ನಿಯಮಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುವರೆ:
18.	ತಾಯಿ/ಮಲ ತಾಯಿ	:	1) ಹೆಸರು: 2) ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ: .... (ವಯಸ್ಸು: ) 3) ಮಾಸಿಕ ವರಮಾನ: 4) ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನೊಂದಿಗೆ ವಾಸವಿರುವರೆ: ಹೌದು/ಇಲ್ಲ 5) ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತರೆ: ಹೌದು/ಇಲ್ಲ 6) ಆಧಾರ ಸಂಖ್ಯೆ: (ಆಧಾರ ಕಾರ್ಡ್ ಲಗತ್ತಿಸುವುದು) 7) ಬೇರೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಅರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ/ನಿಯಮಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುವರೆ:
19.	ಮಕ್ಕಳು:		
	ಐದು ವರ್ಷದ ಒಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್ ಅವಶ್ಯವಿರುವುದಿಲ್ಲ.	1.	1) ಹೆಸರು: 2) ಲಿಂಗ: ಪುರುಷ/ಸ್ತ್ರೀ 3) ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ: (ವಯಸ್ಸು: .....) 4) ವೈವಾಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ: ಅವಿವಾಹಿತ/ವಿವಾಹಿತ/ವಿಧವೆ/ ವಿಚ್ಛೇದಿತ: 5) ಆಧಾರ ಸಂಖ್ಯೆ: (ಆಧಾರ ಕಾರ್ಡ್ ಲಗತ್ತಿಸುವುದು) 6) ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನೊಂದಿಗೆ ವಾಸವಿರುವರೆ: ಹೌದು/ಇಲ್ಲ 7) ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತರೆ: ಹೌದು/ಇಲ್ಲ 8) ಸ್ವಂತ ಆದಾಯ ಹೊಂದಿರುವರೆ: ವಿವರ 9) ಅಂಗವಿಕಲತೆ/ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥರೆ: (ದಾಖಲೆ ಲಗತ್ತಿಸುವುದು)
		2.	
		3.	

**ಲಗತ್ತುಗಳು:**

1. ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಹಾಗೂ ಕುಟುಂಬದ ಅರ್ಹ ಸದಸ್ಯರ ಭಾವಚಿತ್ರಗಳು (ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರ ಭಾವಚಿತ್ರವನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ನೀಡತಕ್ಕದ್ದು, ಭಾವಚಿತ್ರದ ಮೇಲೆ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರ ತನ್ನ ಸಹಿ ಮತ್ತು ದಿನಾಂಕವನ್ನು ನಮೂದಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಪ್ರತಿ ಐದು ವರ್ಷಗಳಿಗೆ ಒಮ್ಮೆ ಹೊಸ ಭಾವಚಿತ್ರವನ್ನು ಒದಗಿಸತಕ್ಕದ್ದು)
2. ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ ದಾಖಲೆಗಳು
3. ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್ ಗಳು
4. ವೇತನ ಚೀಟಿ
5. ಕಾನೂನು ದಾಖಲೆಗಳು(ದತ್ತು, ವಿವಾಹ ಇತ್ಯಾದಿ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ)

\*\*\*

**FORM : A1****ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಸ್ವಯಂ ಘೋಷಣೆ:**

1. ನಾನು ಮೇಲೆ ಒದಗಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ನಿಜವಾಗಿರುತ್ತವೆ.
2. ನಾನು ಸ್ವಂತಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಈ ಯೋಜನೆಯಿಂದ ಭರಿಸುವ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಬೇರಾವುದೇ ಮೂಲಗಳಿಂದ ಪಾವತಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ. ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಮೂಲಗಳಿಂದ ಪಾವತಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಮೊತ್ತವನ್ನು ನಾನು ಯೋಜನೆಯ ಲೆಕ್ಕಗಳಿಗೆ ಮರುಪಾವತಿಸಲು ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ.
3. ನನ್ನ ಪತಿ/ಪತ್ನಿ/ಮಕ್ಕಳು ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿ ನೋಂದಾಯಿತವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ/ ನೋಂದಾಯಿತರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ.
4. ನಾನು, ನನ್ನ ಪತಿ/ಪತ್ನಿ ಹಾಗೂ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಬೇರೆ ಯಾವುದೇ ನಿಯಮಗಳಡಿ/ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಯಡಿ/ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುವುದಿಲ್ಲ (ಉದಾ: ಆರೋಗ್ಯ ಭಾಗ್ಯ, ಸಿಜಿಹೆಚ್‌ಎಸ್, ಇಎಸ್‌ಐ, ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ). ಒಳಪಟ್ಟಿದ್ದಲ್ಲಿ ವಿವರ ನೀಡುವುದು.
5. ನನ್ನ ತಂದೆ-ತಾಯಿಯವರು ನನ್ನ ಜೊತೆ ವಾಸವಿರುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ಅವರ ಒಟ್ಟು ಮಾಸಿಕ ಆದಾಯ ರೂ..... ಇರುತ್ತದೆ.
6. ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾದಲ್ಲಿ (ಉದಾ: ಮಗಳ ಮದುವೆ, ಮಕ್ಕಳ ಜನನ, ಸದಸ್ಯರ ಮರಣ ಇತ್ಯಾದಿ) ನಾನು ಅಂತಹ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕಾಲ ಕಾಲಕ್ಕೆ ಒದಗಿಸಲು ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ. ಸಂದರ್ಭಾನುಸಾರ ಈ ಯೋಜನೆಯಿಂದ ಹೆಸರನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕಲು ಅಥವಾ ಸೇರ್ಪಡೆ ಮಾಡಲು ನಾನು ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ.
7. ಮೇಲೆ ನಮೂದಿಸಲಾದ ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ನನ್ನೊಂದಿಗೆ ವಾಸವಾಗಿದ್ದು ನನ್ನ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತರಾಗಿದ್ದಾರೆ.
8. ನಾನು KASS ಯೋಜನೆಯ ಎಲ್ಲಾ ಷರತ್ತು ಮತ್ತು ನಿಬಂಧನೆಗಳನ್ನು ಅರಿತುಕೊಂಡಿದ್ದು, ಅವುಗಳಿಗೆ ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ. ಅವುಗಳನ್ನು ಉಲ್ಲಂಘಿಸಿದಲ್ಲಿ ನಿಯಮಾನುಸಾರ ಶಿಸ್ತು ಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಅಥವಾ ಸರ್ಕಾರಕ್ಕೆ ಉಂಟಾದ ಆರ್ಥಿಕ ನಷ್ಟವನ್ನು ಹಿಂದಿರುಗಿಸಲು ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ.
9. ನಾನು ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿರುವುದು ನಿಂತು ಹೋದಲ್ಲಿ ಯೋಜನೆಯ ಕಾರ್ಡನ್ನು ಹಿಂದಿರುಗಿಸಲು ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ:

ಸ್ಥಳ:

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಸಹಿ

\*\*\*\*\*

**FORM : A2**

**ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಪತಿ ಅಥವಾ ಪತ್ನಿಯು ಸರ್ಕಾರಿ  
ನೌಕರರಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅವರು ಮಾಡಬೇಕಾದ ಸ್ವಯಂ ಘೋಷಣೆ:**

..... ಇವರ ಪತಿ / ಪತ್ನಿ ಆದ ನಾನು ನನ್ನ ಸ್ವಂತಕ್ಕೆ ಅಥವಾ ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಯಾವುದೇ ಸದಸ್ಯರ ಸಂಬಂಧ ಯಾವುದೇ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ ಅಡಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಹಾಗೂ ನನ್ನ ಅಥವಾ ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಸಂಬಂಧ ಕರ್ನಾಟಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನಿ ಯೋಜನೆ ಅಡಿ ಪಡೆಯಲಾದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಇನ್ನಾವುದೇ ಮೂಲಗಳಿಂದ ಹಿಂಬರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ.

ದಿನಾಂಕ:  
ಸ್ಥಳ:

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಸಹಿ

\*\*\*

**FORM : A3**

**ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ  
ತಂದೆ, ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳು ಆತನ ಜೊತೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವ ಮತ್ತು ಆತನನ್ನು  
ಅವಲಂಬಿಸಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಸ್ವಯಂ ಘೋಷಣೆ:**

ಎ. ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರೆಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸಿರುವ ನನ್ನ ತಂದೆ, ತಾಯಿ ನನ್ನ ಜೊತೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದು ನನ್ನನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಅವರು ಯಾವುದೇ ಆದಾಯ ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ/ ಅವರ ಒಟ್ಟು ಮಾಸಿಕ ಆದಾಯ ರೂ. ....ಆಗಿರುತ್ತದೆ.

ಸಹಿ

ಬಿ. ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರೆಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸಿರುವ ನನ್ನ ಮಗಳಾದ..... ನನ್ನ ಜೊತೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದು ನನ್ನನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಅವಳು ಯಾವುದೇ ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಿ ಇರುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಮದುವೆಯಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ/ ಮತ್ತು ಆಕೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಆದಾಯ ಇರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಸಹಿ

ಸಿ. ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರೆಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸಿರುವ ನನ್ನ ಮಗ..... ನನ್ನ ಜೊತೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದು ನನ್ನನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಆತ ಯಾವುದೇ ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಿ ಇರುವುದಿಲ್ಲ/ಯಾವುದೇ ಗಳಿಕೆ ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ದಿನಾಂಕ:  
ಸ್ಥಳ:

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಸಹಿ

\*\*\*\*\*

**FORM : A4****ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಯಾದಾಗ ಅವರ ಹೆಸರು ಸೇರಿಸಲು ಮತ್ತು ತೆಗೆದುಹಾಕಲು (Addition and Deletion) ಅರ್ಜಿ:**

**ಸೂಚನೆ:** ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಡಲು ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸುವಾಗ ನೀಡಬೇಕಾದ ಎಲ್ಲ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ನೀಡುವುದು ಮತ್ತು ಅದೇ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಘೋಷಣೆಯನ್ನು ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು.

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಹೆಸರು, ಪದನಾಮ ಮತ್ತು ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿರುವ ಕಚೇರಿ	
KASS ಸಂಖ್ಯೆ	
ತೆಗೆದು ಹಾಕಬೇಕಾದ ಸದಸ್ಯರು ವಿವರಣೆ/ ದಾಖಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ	
ಸೇರ್ಪಡೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಸದಸ್ಯರು: ವಿವರಣೆ/ ದಾಖಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ	<b>Form-A ರಲ್ಲಿ ತಿಳಿಸಿದ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು.</b>

ದಿನಾಂಕ:  
ಸ್ಥಳ:

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಸಹಿ

\*\*\*\*\*

**ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಡುವ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನಿಗೆ ಸೂಚನೆಗಳು:**

1. ಪ್ರತಿಯೊಂದು ವಿವರಗಳನ್ನು ಕನ್ನಡ ಮತ್ತು ಆಂಗ್ಲ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ನೀಡುವುದು.
2. ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಸದಸ್ಯರು ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಡಲು ಅರ್ಹತೆ ಹೊಂದಿದ್ದಲ್ಲಿ (ಉದಾ: ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನೊಂದಿಗೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವ ಆತನ ಮಗ, ಮಗಳು ಅಥವಾ ತಂದೆ ಮತ್ತು ತಾಯಿ ಕೂಡ ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿದ್ದಲ್ಲಿ) ಅವರು ಕೂಡ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಅಂತಹ ನೌಕರರನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಕುಟುಂಬ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುವುದು.
3. ವೈಯಕ್ತಿಕ ಧಾರ್ಮಿಕ ಸಂಪ್ರದಾಯಗಳಲ್ಲಿ ಏನೇ ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದರೂ, ಪುರುಷ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಕಾನೂನು ಬದ್ಧ/ ಸಂಪ್ರದಾಯದಂತೆ ವಿವಾಹವಾದ ಜೀವಿತ ಮೊದಲನೇ ಪತ್ನಿಯನ್ನು ಮತ್ತು ಆಕೆಯಿಂದ ಜನಿಸಿದ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ಯೋಜನೆಗೆ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುವುದು. ಮೊದಲನೇ ಪತ್ನಿ ಜೀವಿತವಾಗಿದ್ದು, ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಅನುಮತಿ ಪಡೆದು ಎರಡನೇ ವಿವಾಹವಾದ ಪ್ರಕರಣಗಳಿಗೆ ಇದು ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ.
4. ಅವಶ್ಯವಿರುವ ಕಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ತ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ತಪ್ಪದೇ ಒದಗಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಉದಾ: ಮಕ್ಕಳು ಜನಿಸಿದಾಗ ಅವರ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ, ದತ್ತು ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ದತ್ತು ಪತ್ರ, ತಂದೆ-ತಾಯಿಯರ ಆದಾಯ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ, ವಿವಾಹದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ-ಸೂಕ್ತ ದಾಖಲೆ.

5. ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರ ತನ್ನ ನೇಮಕಾತಿ ಆದೇಶ ಮತ್ತು ಕೆಜಿಐಡಿ ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಿದ ಹೆಸರನ್ನು ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಅಥವಾ ಕಾನೂನು ಸಮ್ಮತವಾಗಿ ಹೆಸರನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸಿದ್ದಲ್ಲಿ (ತನ್ನ ಹೆಸರನ್ನು ಬದಲಾವಣೆ ಮಾಡಿದಲ್ಲಿ, ವಿವಾಹದ ನಂತರದ ಹೆಸರು, ಇತ್ಯಾದಿ) ಸೂಕ್ತ ದಾಖಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಅದೇ ರೀತಿ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್ ನಲ್ಲಿ ಇರುವಂತೆ ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್ ನಲ್ಲಿ ಕೂಡ ಕಾಲ ಕಾಲಕ್ಕೆ ಉಂಟಾಗುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಕ್ರಮವಹಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

### **ಡಿ.ಡಿ.ಓ. ಗಳಿಗೆ ಸೂಚನೆಗಳು:**

1. ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ (ವೈದ್ಯಕೀಯ ಹಾಜರಾತಿ) ನಿಯಮಗಳು 1963 ರಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಎಂಬ ಪದವನ್ನು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲಾಗಿದ್ದು ಅದರಂತೆ ಅರ್ಹತೆ ಇರುವ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಮತ್ತು ಅರ್ಹ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ವಿವರಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ಅಪ್ ಲೋಡ್ ಮಾಡುವುದು.
2. ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರ ಒದಗಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ವಿವರಗಳನ್ನು ಯಥಾವತ್ತಾಗಿ ಅಪ್ ಲೋಡ್ ಮಾಡದೇ ಕಚೇರಿ ದಾಖಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ/ಇನ್ನಿತರೆ ತನಿಖೆ ನಡೆಸಿ ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ ತರುವಾಯ ಮಾತ್ರ ಅಪ್ ಲೋಡ್ ಮಾಡುವುದು.
3. ನೌಕರನ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾದರೂ ಅವುಗಳನ್ನು ನೌಕರರಿಂದ ಪಡೆದು ಸೂಕ್ತ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮರು ಅಪ್ ಲೋಡ್ ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು.
4. HRMS ನಲ್ಲಿ ಅನ್ಯಥಾ ಅವಕಾಶ ಕಲ್ಪಿಸದ ಹೊರತು ಡಿಡಿಓ ಗಳು ನೇರವಾಗಿ HRMS ನಲ್ಲಿ ನಮೂದು ಅಥವಾ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲು ಅವಕಾಶವಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಸಂಬಂಧ ಡಿಡಿಓಗಳು ಇಲಾಖಾ HRMS ನೋಡಲ್ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ ಕೋರಿಕೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.
5. ಯೋಜನೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನಿಗೆ ನೀಡಲಾದ ಸೂಚನೆಗಳ ಪಾಲನೆಯಾಗಿರುವುದನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಗಮನಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

\*\*\*\*\*

**FORM : B**

[ಡಿ.ಡಿ.ಒ ಗಳು ನೌಕರನ ಕಚೇರಿ ಮುಖ್ಯಸ್ಥನಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ]

**ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಕಚೇರಿ ಮುಖ್ಯಸ್ಥ (ನೌಕರನ ಸೇವಾ ವಹಿಯನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಕಚೇರಿ ಮುಖ್ಯಸ್ಥ)\ ವರದಿ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಅಧಿಕಾರಿ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ಘೋಷಣೆ/ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ**

ಕರ್ನಾಟಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನಿ ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಡಲು ಅವರ ಕಚೇರಿ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರ ಮುಖಾಂತರ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವ ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ.....ಇವರು ಒದಗಿಸಿರುವ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಯೋಜನೆಯ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ವಯ ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ್ದು, ಈ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರು ಮತ್ತು ಕೆಳಕಂಡ ಅವರ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಡಲು ಅರ್ಹರಿರುತ್ತಾರೆಂದು ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ನೋಂದಾವಣೆಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಇದರೊಂದಿಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾದಲ್ಲಿ ವಿಳಂಬವಿಲ್ಲದೇ ಅಂತಹ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಇಂದೀಕರಿಸಲಾಗುವುದು.

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಪದನಾಮ:.....

ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಕಚೇರಿ ವಿಳಾಸ:.....

ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಡಲು ಅರ್ಹವಿರುವ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು:

ಕ್ರ.ಸಂ.	ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು	ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧ	ಷರಾ

\*\*\*\*\*



**FORM : C****ಡಿಡಿಓ ಗಳು ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ಘೋಷಣೆ/ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ:**

ಕರ್ನಾಟಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನಿ ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಡಲು ಅವರ ಕಚೇರಿ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರ ಮುಖಾಂತರ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವ (ಅನ್ವಯವಾಗುವಲ್ಲಿ) ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ.....ಇವರು ಒದಗಿಸಿರುವ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಯೋಜನೆಯ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ವಯ ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ್ದು, ಈ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರು ಮತ್ತು ಕೆಳಕಂಡ ಅವರ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಡಲು ಅರ್ಹರಿರುತ್ತಾರೆಂದು ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ನೋಂದಾವಣೆಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಇದರೊಂದಿಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಪದನಾಮ:.....

ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಕಚೇರಿ ವಿಳಾಸ:.....

ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಡಲು ಅರ್ಹವಿರುವ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು:

ಕ್ರ.ಸಂ.	ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು	ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧ	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ	ಷರಾ ವೈವಾಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ, ಇತ್ಯಾದಿ

ಮೇಲೆ ನಮೂದಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸರಿಯಾಗಿರುವ ಕುರಿತು ನನ್ನ ಸಮ್ಮುಖದಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರಾದ ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ .....ಇವರು ದೃಢೀಕರಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಅದರಂತೆ ಮೇಲಿನ ನಮೂದುಗಳನ್ನು ದೃಢೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಡಿಡಿಓ ಹೆಸರು, ಪದನಾಮ ಹಾಗೂ ಇ ಸಹಿ

\*\*\*\*\*

## ಅನುಬಂಧ-2

### **List of Office Memorandums and Orders of Government of India (CHGS) & Government of Karnataka from which Karnataka Arogya Sanjeevini Scheme (KASS) rates are adopted.**

Sl. No.	Packages	Office memorandums / Government Orders
1	CGHS rate list for Allopathy, Bengaluru	CGHS Dated: 17/05/21-MoHFW, GoI.
2	CGHS rate list for AYUSH & Naturopathy	Z.28015/01/2006/HD CELL, dated 03/07/2015.
3	Adoption of the CGHS ceiling rates for Liver Transplantation	F.No. S-114025/3/2010-MS/CGHS (P), dated: 16/01/2013.
4	Adoption of CGHS ceiling rates for Cochlear Implant	FNo.6-469/2003-CGHS/R&H, dated:12/06/2009.
5	Adoption of CGHS ceiling rates for Bariatric Surgery	S.11030/33/13/CGHS (P), dated: 06/11/2013.
6	Adoption of CGHS ceiling rates for Ambulance Charges	S. 4924/2010/CGHS(R&H) /CGHS(P), dated: 17/01/2011.
7	Adoption of CGHS ceiling rates for Intra Cardiac Device Implants	S-11011/29/2018-CGHS/(HEC)/DIR/CGHS, dated:06/08/2018.
8	Adoption of CGHS ceiling rates for Joint Replacement - Implant	Z.15025/74/2017/DIR/CGHS/EHS, dated: 26/09/2017.
9	Adoption of CGHS ceiling rates for Coronary Stent - Implant	Misc.1002/2006/CGHS(R&H)/ CGHS (P), dated : 29/04/2014.
10	Adoption of CGHS ceiling rates for Neuro Implants	Misc.12014/2005/CGHS(R&H), dated:09/07/2018.

೧೫

11	Adoption of CGHS ceiling rates for Intra Ocular Lens (IOL)	Dy. No. 536/2012/R&H/CGHS, dated 21/08/2014.
12	Adoption of CGHS guidelines for Medical Appliances	OM 1-19/2018/CGHS/HQ/R&H, dated:03/06/2019.
13	Adoption of Government of Karnataka guidelines for Lungs and Heart transplantation	DPAR/52/SMR/2022, dated: 11/07/2022.
14	Adoption with modification of CGHS guidelines along with the package rates for In vitro Fertilization treatment	DPAR/03/SMR2010, dated:17/12/2012, OM No.:Z.15025/5/2011-CGHSIII/CGHS(P), dated:22/11/2011.
15	Adoption of Government of Karnataka guidelines for Bone Marrow transplant	DPAR/ 32/ SMR /2017, dated:08/02/2018, No.24-2/98-R&H/CGHS(P), dated:10/12/2001.
16	Adoption of Government of Karnataka guidelines for RARE Diseases	HFW 22 CGE 2022, dated:07/09/2022.
17	Adoption of CGHS ceiling rates - Robotic	HFW 22 CGE 2022, dated:07/09/2022.
18	Adoption of CGHS ceiling rates - Small Bowel transplant	HFW 211 FPR 2017, dated:02/07/2019.