ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ – ಸಹಕಾರ ಇಲಾಖೆ
ಯಶಸ್ವಿನಿ ಸಹಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ಯೋಜನೆ
2022–23ನೇ ಸಾಲಿಗೆ ಹೊಸ ಸದಸ್ಯರ ನೋಂದಣಿ ನಮೂನೆ

ಯೂನಿಕ್‌ಐಡಿ ಸಂಖ್ಯೆ : _____

1) ಪ್ರಧಾನ ಅರ್ಜಿದಾರನ ಹೆಸರು: _____ ವಿಳಾಸ _____

_____

ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ _____

ಅ) ಪ.ಜಾ ☐ ಪ.ಪಂ ☐ ಒ.ಬಿ.ಸಿ. ☐ ಅಲ್ಪಸಂಖ್ಯಾತ ☐ ಇತರೆ ☐ ಗ್ರಾಮೀಣ ☐ ನಗರ ☐ ವಯಸ್ಸು _____ ಆ) ಗಂಡಸು ☐ ಹೆಂಗಸು ☐ [☑ ಗುರುತಿಸಿರಿ]

ಇ) ಅಂಗವಿಕಲ ___ ಈ) ಎ.ಪಿ.ಎಲ್ _____ ಬಿ.ಪಿ.ಎಲ್ ___ಉ) ಪ್ರ.ಅ.ದಾರರ ಸಹಕಾರ ಸಂಘದ/ಎಸ್.ಹೆಚ್.ಜಿ. ಸದಸ್ಯತ್ವ ಸಂಖ್ಯೆ: _____

ಸದಸ್ಯತ್ವ ದಿನಾಂಕ: _____ ಸಹಕಾರ ಸಂಘದ ಹೆಸರು _____ ಸಹಕಾರ ಸಂಘದ ಗ್ರಾಮ _____

ತಾಲ್ಲೂಕು: _____ ಜಿಲ್ಲೆ: _____ ಆಡಳಿತ ಮಂಡಳಿ ಅನುಮೋದನೆ ದಿನಾಂಕ _____ ಪಡಿತರ ಚೀಟಿ ಸಂಖ್ಯೆ: _____

ಎಸ್.ಹೆಚ್.ಜಿ ಸದಸ್ಯರು: _____ ಎಸ್.ಹೆಚ್.ಜಿ ಹೆಸರು: _____

ಕ್ರ.ಸಂ	ಪ್ರ.ಧಾನ ಅರ್ಜಿದಾರನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು	ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ	ವಯಸ್ಸು	ಸಂಬಂಧ	ಲಿಂಗ
2)		☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐			
3)		☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐			
4)		☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐			
5)		☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐			
6)		☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐			
7)		☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐			
8)		☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐			
9)		☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐			
10)		☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐			

ಹಣ ಪಾವತಿಸಿದ ವಿವರ: ರಶೀದಿ ಸಂಖ್ಯೆ: _____ ದಿನಾಂಕ: _____ ಒಟ್ಟು ಸದಸ್ಯರ ಸಂಖ್ಯೆ (ಪ್ರ.ಅ.ನೋಂದಿದಂತೆ) _____ ಸಂಗ್ರಹಣೆಯಾದ ಒಟ್ಟು ಮೊತ್ತ ರೂ._____

ಹೆಸರು: 1)..... 2)..... 3)..... 4)..... 5).....

ಕುಟುಂಬದ ಪ್ರ. ಅರ್ಜಿದಾರರ ಭಾವಚಿತ್ರ (1)	ಅವಲಂಬಿತ ಸದಸ್ಯರ ಭಾವಚಿತ್ರ (2)	ಅವಲಂಬಿತ ಸದಸ್ಯರ ಭಾವಚಿತ್ರ (3)	ಅವಲಂಬಿತ ಸದಸ್ಯರ ಭಾವಚಿತ್ರ (4)	ಅವಲಂಬಿತ ಸದಸ್ಯರ ಭಾವಚಿತ್ರ (5)

6)..... 7)..... 8)..... 9)..... 10).....

ಕುಟುಂಬದ ಪ್ರ. ಅರ್ಜಿದಾರರ ಭಾವಚಿತ್ರ (6)	ಅವಲಂಬಿತ ಸದಸ್ಯರ ಭಾವಚಿತ್ರ (7)	ಅವಲಂಬಿತ ಸದಸ್ಯರ ಭಾವಚಿತ್ರ (8)	ಅವಲಂಬಿತ ಸದಸ್ಯರ ಭಾವಚಿತ್ರ (9)	ಅವಲಂಬಿತ ಸದಸ್ಯರ ಭಾವಚಿತ್ರ (10)

ಮೇಲೆ ನಮೂದಿಸಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯಂತೆ ಎಲ್ಲರೂ ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರಾಗಿರುತ್ತಾರೆಂದು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ. ನಾವು ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಪತ್ರದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾದಂತಹ/ವಾಗುವ ಯಶಸ್ವಿನಿ ಯೋಜನೆಯ ನೆಟ್‌ವರ್ಕ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಗುರುತಿಸಿದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯ ವಾರ್ಡ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಪಡೆಯಲು ಮಾತ್ರ ಅರ್ಹವಿರುತ್ತೇವೆಂದು ತಿಳಿದಿರುತ್ತೇನೆ. ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಸೌಲಭ್ಯಪಡೆಯಲು ಅನುಸರಿಸಬೇಕಾದ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಪಡೆದಿರುತ್ತೇನೆ.

ಪ್ರಧಾನ ಅರ್ಜಿದಾರನ ಸಹಿ

ರಶೀಧಿ ಸಂಖ್ಯೆ:_____ ದಿನಾಂಕ_____ ಸದಸ್ಯರಿಂದ ರೂ. _____ಗಳನ್ನು ಯಶಸ್ವಿನಿ ಯೋಜನೆಗೆಂದು ಹಾಗೂ ರೂ. _____ಗಳನ್ನು ಸಂಘದ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನವೆಂದು ಒಟ್ಟು ಮೊತ್ತ ರೂ._____ಗಳನ್ನು ಮೇಲೆ ನಮೂದಿಸಿರುವ ಸದಸ್ಯರಿಂದ ಸ್ವೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಒಟ್ಟು ಸದಸ್ಯರ ಸಂಖ್ಯೆ: **[ಸಂಘದ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ/ಮ್ಯಾನೇಜರ್‌ರವರಸಹಿ–ತಪಶೀಲು ಮುದ್ರೆಯೊಂದಿಗೆ]**

ಷರತ್ತುಗಳು ಮತ್ತು ನಿಬಂಧನೆಗಳು

1. ನೋಂದಣಿ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಿರುವ ಪ್ರಕಾರ ಕ್ರಮವಾಗಿ ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರುಗಳನ್ನು ಚಾಚೂ ತಪ್ಪದೇ ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು, ತಪ್ಪುಗಳಾದಲ್ಲಿ ಅರ್ಜಿದಾರರೇ ಜವಾಬ್ದಾರರಾಗುತ್ತಾರೆ ಅಥವಾ ಈ ರಶೀದಿಯನ್ನು ಮಾನ್ಯ ಮಾಡಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ.
2. ವಂತಿಗೆ: ಯೋಜನೆಯ ಸದಸ್ಯರಾಗಲು ಗ್ರಾಮೀಣ ಸಹಕಾರ ಸಂಘಗಳ/ಸ್ವ–ಸಹಾಯ ಗುಂಪುಗಳ ಗರಿಷ್ಠ ನಾಲ್ಕು ಸದಸ್ಯರ ಕುಟುಂಬ ಒಂದಕ್ಕೆ ವಾರ್ಷಿಕ ರೂ.500/–ಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ನಗರ ಸಹಕಾರ ಸಂಘಗಳ ಗರಿಷ್ಠ ನಾಲ್ಕು ಸದಸ್ಯರ ಕುಟುಂಬ ಒಂದಕ್ಕೆ ವಾರ್ಷಿಕ ರೂ.1,000/–ಗಳನ್ನು ಯಶಸ್ವಿನಿ ಯೋಜನೆಗೆ ಪಾವತಿಸಿ ಸದಸ್ಯತ್ವ ಪಡೆಯಬಹುದು. ಈ ಪೈಕಿ ಪ್ರತಿ ಕುಟುಂಬದ ಕಾರ್ಡಿಗೆ ರೂ.10/–ಗಳನ್ನು ಸಹಕಾರ ಸಂಘದ ಸಾವಿಲ್ವಾರು ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಯಶಸ್ವಿನಿ ಸದಸ್ಯರನ್ನು ನೊಂದಾಯಿಸಲು ಶ್ರಮಿಸಿದವರಿಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನವಾಗಿ ಸಹಕಾರ ಸಂಘ/ಸಂಸ್ಥೆಯು ಇಟ್ಟುಕೊಂಡು ಉಳಿದ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಹಣ ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ 15 ದಿನಗೊಳಗಾಗಿ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಜಿಲ್ಲಾ ಸಹಕಾರಿ ಬ್ಯಾಂಕುಗಳಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವಿನಿ ಟ್ರಸ್ಟ್ ಖಾತೆಗೆ ವರ್ಗಾಯಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
3. ಈ ವರ್ಷದ ಯೋಜನೆಯ ಅವಧಿಯು ದಿ:01–01–2023 ರಿಂದ ದಿ:31–12–2023ಕ್ಕೆ ಮುಕ್ತಾಯವಾಗುತ್ತದೆ.
4. ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ/ಪಂಗಡದವರಾದರೆ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ರಶೀದಿ ಹಾಕಿ ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಹಣ ಪಾವತಿಸಿದಂತೆ ಜಮಾ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿ ನಗದು ಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿ ವಿವರ ಬರೆದು ದಿನಾಂಕ ನಮೂದಿಸಿ ಎಲ್ಲರ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಸರ್ಕಾರಕ್ಕೆ ಕಳುಹಿಸಬೇಕು.
5. ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಡುದಾರರು ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರ ಪಾಸ್‌ಪೋರ್ಟ್ ಅಳತೆಯ ಬಣ್ಣದ ಭಾವಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ಅಂಟಿಸಬೇಕು. ಹೀಗೆ ಅಂಟಿಸಿದ ಭಾವಚಿತ್ರಗಳ ಮೇಲೆ ಹೆಸರು ನಮೂದಿಸಬೇಕು.
6. ಯಶಸ್ವಿನಿ ಯೋಜನೆಯು ವಿಮಾ ಯೋಜನೆ ಆಗಿರುವುದಿಲ್ಲ ಹಾಗೂ IRDA ಕಾನೂನು ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಒಳಪಡುವುದಿಲ್ಲ.