ಸಣ್ಣ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಮಾಹಿತಿ

(GO No: FD 27 SRS 85, Bengaluru Dated: 1st October 1985)

- ವಿವಾಹಿತ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರಾಗಿರಬೇಕು.
- ಎರಡು ಜೀವಂತ ಮಕ್ಕಳು ಇರುವಂತ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನು ಸ್ವತಃ ಅಥವಾ ಅವರ ಪತಿ/ಪತ್ನಿ ಸಂತಾನಹರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿರಬೇಕು.
- ಪುರುಷ ನೌಕರರು ಸಂತಾನಹರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದರೆ ಅವರ ವಯಸ್ಸು 50 ವರ್ಷದೊಳಗಿರಬೇಕು. ಮಹಿಳಾ ನೌಕರಳಾಗಿದ್ದರೆ, ಅಥವಾ ನೌಕರನ ಪತ್ನಿಗೆ ಸಂತನಾ ಹರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿದ್ದರೆ ಅವರ ವಯಸ್ಸು 20 ರಿಂದ 45 ವರ್ಷದೊಳಗಿರಬೇಕು.
- ವಿಶೇಷ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ಬಯಸುವ ನೌಕರರು ವಯಸ್ಸಿನ ದೃಢೀಕೃತ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಕಚೇರಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು.
- ಸಂತಾನಹರಣ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ನಡೆಸಿರಬೇಕು. ನಮೂನೆ –1 ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಪಡೆದಿರಬೇಕು. ಅಧಿಕೃತ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಸಂತಾನಹರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಸಿದ್ದರೆ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಪಡೆದಿರುವ ನಮೂನೆ –1 ರ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರಕ್ಕೆ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯಾಧಿಕಾರಿಯಿಂದ ಮೇಲು ರುಜು ಮಾಡಿಸಬೇಕು.
- ವಿಶೇಷ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ಬಯಸುವ ನೌಕರರು ನಮೂನೆ – 2 ರಲ್ಲಿ ಮುಚ್ಚೋಲೆ / ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಕಚೇರಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು.
- ವಿಶೇಷ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ಮಂಜೂರು ಮಾಡಲು ಮನವಿಯನ್ನು ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಎರಡು ವರ್ಷದೊಳಗೆ ಸಕ್ಷಮ ಪ್ರಾಧಿಕಾರಕ್ಕೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದು.
- ಒಂದೇ ಮಗು ಇದ್ದ ನೌಕರರು ಸಂತನಾಹರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದರೆ, ಅವರಿಗೆ ವಿಶೇಷ ಭತ್ಯೆಯ ಮಂಜೂರಾತಿಯ ಜೊತೆಗೆ ವೃತ್ತಿ ತೆರಿಗೆ ವಿನಾಯಿತಿ ಸಹ ಲಭಿಸುವುದು.
- ಪತಿ:ಪತ್ನಿ ಇಬ್ಬರೂ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರಾಗಿದ್ದರೆ ಅವರಲ್ಲಿ ಯಾರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅನುಕೂಲವಾಗುವುದೋ ಅವರಿಗೆ ವಿಶೇಷ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅವಕಾಶ ನೀಡಬಹುದು ಆದ್ದರಿಂದ ಒಬ್ಬರು ಈ ವಿಶೇಷ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ಪಡೆದಾಗ ಮತ್ತೊಬ್ಬರಿಗೆ ವಿಶೇಷ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ಮಂಜೂರು ಮಾಡಲು ಬರುವುದಿಲ್ಲ.
- ಲೆಪ್ರೋಸ್ಕೋಪಿಕ್ ಸಂತಾನಹರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡವರಿಗೂ ಈ ವಿಶೇಷ ಭತ್ಯೆ ಪಡೆಯಲು ಅರ್ಹರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ.
- ಈ ವಿಶೇಷ ಭತ್ಯೆಯು ಡಿ.ಎ. ಮತ್ತು ಹೆಚ್.ಆರ್.ಎ. ಯಾವುದು ಆಕರಿಸುವುದಿಲ್ಲ.
- ವೇತನ ಶ್ರೇಣಿಯ ಗರಿಷ್ಟ ಹಂತವನ್ನು ತಲುಪಿದ್ದರೆ, ಆ ನೌಕರ ಹಿಂದೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದ ವೇತನ ಬಡ್ತಿಯ ದರದ ಪ್ರಕಾರ ವಿಶೇಷ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ಮಂಜೂರು ಮಾಡಲಾಗುವುದು.
- ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡ ದಿನಾಂಕದ ಮುಂದಿನ ಮಾಹೆಯ ಮೊದಲನೇ ತಾರೀಕಿನಿಂದ ಅನ್ವಯವಾಗುವಂತೆ ಮಂಜೂರು ಮಾಡಲಾಗುವುದು.

ವಿಶೇಷ ವೇತನ ಬಡ್ತಿ ಮಂಜೂರಾತಿಗಾಗಿ ಮಾಹಿತಿ ಸಲ್ಲಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ
ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುವ ಚೆಕ್‌ಲಿಸ್ಟ್
(ಕಚೇರಿ ಉಪಯೋಗಕ್ಕಾಗಿ ಮಾತ್ರ)

1.	ಅರ್ಜಿದಾರ ಅಧಿಕಾರಿ/ನೌಕರರ ಹೆಸರು, ಪದನಾಮ ಮತ್ತು ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿರುವ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ	:	
2.	ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ (ನಮೂನೆ-1 & 2 ನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುವುದು)	:	
	ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರಿ ಸರ್ಜನ್ ರಿಂದ ನಮೂನೆ-1ನ್ನು ದೃಢೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ?	:	
	ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡ ದಿನಾಂಕ	:	
3.	ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡವರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಅರ್ಜಿದಾರರೊಡನೆ ಅವರ ಸಂಬಂಧ	:	
4.	ಜೀವಂತ ಇರುವ ಮಕ್ಕಳ ಸಂಖ್ಯೆ		
5.	ಅರ್ಜಿದಾರರು ಪುರುಷ ನೌಕರರಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅವರ ವಯಸ್ಸು ಎಷ್ಟು? ಮತ್ತು ಅವರ ಪತ್ನಿಯ ವಯಸ್ಸು? [ಪುರುಷ ನೌಕರರು-50 ವರ್ಷದ ಒಳಗೆ, ಅವರ ಪತ್ನಿ 20-45 ವರ್ಷದ ಒಳಗಿರಬೇಕು]	:	ಅರ್ಜಿದಾರರ ವಯಸ್ಸು ________ ವರ್ಷ ಅವರ ಪತ್ನಿಯ ವಯಸ್ಸು ______ ವರ್ಷ
6.	ಅರ್ಜಿದಾರರು ಮಹಿಳಾ ನೌಕರರಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅವರ ವಯಸ್ಸು ಎಷ್ಟು? ಮತ್ತು ಅವರ ಗಂಡನ ವಯಸ್ಸು ಎಷ್ಟು? [ಮಹಿಳಾ ನೌಕರರು-45 ವರ್ಷದ ಒಳಗೆ, ಅವರ ಗಂಡ 50 ವರ್ಷದ ಒಳಗಿರಬೇಕು]		ಅರ್ಜಿದಾರರ ವಯಸ್ಸು ________ ವರ್ಷ ಅವರ ಗಂಡನ ವಯಸ್ಸು ______ ವರ್ಷ
7.	ಅರ್ಜಿದಾರರ ಮತ್ತು ಅವರ ಪತಿ/ಪತ್ನಿ ಇಬ್ಬರ ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕದ ಬಗ್ಗೆಯೂ ಅಧಿಕೃತ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿದೆಯೇ?	:	
8.	ಪತಿ/ಪತ್ನಿ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರಿಯಲ್ಲಿದ್ದಾರೆಯೇ? ಅಥವಾ ಇಲ್ಲವೇ? [ಹೌದಾದಲ್ಲಿ ಅವರ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ವಿಶೇಷ ವೇತನ ಬಡ್ತಿ ಸೌಲಭ್ಯ ಪಡೆದಿಲ್ಲವೇ?]	:	
9.	ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಟ್ಟ ದಿನಾಂಕದ ನಂತರದ ತಿಂಗಳಿನಲ್ಲಿ ಅರ್ಜಿದಾರರ ವೇತನ ಎಷ್ಟು? [ವೇತನ ಶ್ರೇಣಿಯೊಂದಿಗೆ] [ಪತಿ ಅಥವಾ ಪತ್ನಿಯ ವೇತನ ಪಟ್ಟಿ ಲಗತ್ತಿಸಿದೆಯೇ?]	:	
10.	ಅರ್ಜಿದಾರರು ಯಾವ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ವಿಶೇಷ ವೇತನ ಬಡ್ತಿಗೆ ಅರ್ಹರಿದ್ದಾರೆ? (ವೇತನ ಮತ್ತು ವೇತನ ಶ್ರೇಣಿ ಎಷ್ಟು ಎಂಬುದನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ನಮೂದಿಸಿವುದು)	:	

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯಲ್ಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಮೇಲೆ ವಿವರಿಸಿದಂತೆ ಸರಿಯಾಗಿದ್ದು, ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ನಿಯಮಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಅರ್ಜಿದಾರರಾದ ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ ____________________ ರವರಿಗೆ ಒಂದು ವಿಶೇಷ ವೇತನ ಬಡ್ತಿ ಮಂಜೂರು ಮಾಡಬಹುದೆಂದು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡುವ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ
ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಪದನಾಮ

ಸ್ಥಳ:
ದಿನಾಂಕ:

ನಮೂನೆ–1

(ಸಂತಾನಹರಣ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ)

1. ನಾನು ಡಾ. ______________________________________ ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢೀಕರಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ _____________________ ಇಲಾಖೆಯಲ್ಲಿ _____________________ ಆಗಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ __________________ ರವರ ಪತ್ನಿ/ಪತಿ ಆದ ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ ______________________ ರವರಿಗೆ ದಿನಾಂಕ ____________________ ರಂದು ___________________ ನಲ್ಲಿ (ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು) ಟ್ಯುಬೆಕ್ಟಮಿ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆಯೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.
2. ದಿನಾಂಕ: __________________________ ರಂದು ವೀರ್ಯವನ್ನು ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟಮಿ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಸಹಿ ಮತ್ತು ಮೊಹರು

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ ___________________________ ರ ಪತ್ನಿ/ಪತಿ ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ ______________________

ರವರಿಗೆ _______________ ಗಂಡು ಹಾಗೂ _______________ ಹೆಣ್ಣು ಎಂಬ __________________

ಮಕ್ಕಳಿದ್ದಾರೆ ಹಾಗೂ ಅರ್ಹ ದಂಪತಿಗಳ ದಾಖಲಾತಿ ಸಂಖ್ಯೆ: ______________________

ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕ

ಪ್ರಾ.ಆ.ಕೇಂದ್ರ __________

ಸರ್ಕಾರಿ ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ

"ಮೇಲು ರಜು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ"

ನಮೂನೆ–2

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಮುಚ್ಚಳಿಕೆ

1. ನನ್ನ ಪತ್ನಿಯು ____ ರಲ್ಲಿ (ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು) ದಿನಾಂಕ: _________________________ ರಂದು ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟಮಿ:ಟ್ಯುಬೆಕ್ಟಮಿ:ಲ್ಯಾಪ್ರೊಸ್ಕೋಪಿಕ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ____ ಇವರು ನೀಡಿದ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿದ್ದೇನೆ. ಒಂದು ವೇಳೆ ನಾನಾಗಲೀ; ನನ್ನ ಪತ್ನಿಯಾಗಲೀ ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ಮರು ಸಂತಾನ ಬಯಸಿ ನಾಳೆ ಪುನ: _____________ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರಕ್ಕೆ ವರದಿ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತೇನೆಂದು ಈ ಮೂಲಕ ಮುಚ್ಚಳಿಕೆಯನ್ನು ಬರೆದುಕೊಡುತ್ತೇನೆ.
2. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ : ನನ್ನ ಪತ್ನಿ ಶ್ರೀಮತಿ __________________________________ ಪುನ: ಗರ್ಭಧರಿಸಿಲ್ಲವೆಂದು ನಾನು ದೃಢಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ.

(ಪ್ಯಾರ – 2 ಪುರುಷ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರಿಗೆ ಮಾತ್ರ)

(ಪೂರ್ಣ ಸಹಿ ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ)