

//कार्यालय जिला शिक्षा अधिकारी राजनांदगांव (छ०ग०)//

राज्य शासन छात्र सुरक्षा बीमा योजना

—:: दावा पत्र ::—

कृपया इस दावा पत्र को पूर्ण रूप से भरकर चैक लिस्ट में वर्णित वांछित दस्तावेजों के साथ संबंधित विकासखण्ड शिक्षा अधिकारी कार्यालय में यथा शीघ्र भिजवायें।

क. दावाकर्ता का विवरण

1. घायल/मृतक छात्र/छात्रा का नाम
2. छात्र/छात्रा की आयु एवं कक्षा
3. प्राथ./माध्य./हाई/उच्च.2। वि. का नाम
4. दावाकर्ता का नाम पालक/अभिभावक व पता
शैक्षणिक संस्थान में दर्ज अभिलेख अनुसार
5. छात्र/छात्रा से अभिभावक का संबंध
6. क्या घायल/मृत छात्र/छात्रा इस दुर्घटना से पूर्व किसी
शारीरिक अपंगता से ग्रसित था/थी यदि हां तो विवरण
दें।

ख. दुर्घटना का विवरण

7. दुर्घटना का दिनांक एवं समय
8. दुर्घटना के समय दो गवाहों के नाम व पते (यदि होतो) 1.
2.
9. दुर्घटना कहाँ घटित हुई
10. दुर्घटना कैसे घटित हुई (संक्षिप्त विवरण)

ग. शारीरिक क्षति का विवरण (दुर्घटना होने पर)

11. दुर्घटना होने पर शारीरिक क्षति/अपंगता का विवरण
12. दुर्घटना से मृत्यु होने की दशा में मृत्यु की तारीख

घ. अस्पताल का विवरण (दुर्घटना होने की स्थिति में)

13. अस्पताल का नाम जहाँ इलाज कराया गया हो
14. अस्पताल में भर्ती होने तथा छुट्टी होने की तारीख
15. उपचार करने वाले चिकित्सक का नाम
16. कुल अस्पताल खर्च (सभी बिल संलग्न करें)
17. क्या घायल छात्र/छात्रा स्वस्थ होकर विद्यालय या
महाविद्यालय में पुनः उपस्थित हो रहा/रही है।
18. अस्पताल में भर्ती न होने की स्थिति में चिकित्सकीय
इलाज का व्यय (चिकित्सक द्वारा पर्ची/दवाईयों का बल
तथा अन्य प्रमाण पत्र) संलग्न करें

घोषणा

मैं/हम उपरोक्त दी गई जानकारी के पूर्ण एवं सही होने की पुष्टि करता हूँ/करते हैं।

स्थान :-

पालक/अभिभावक के हस्ताक्षर

प्रधान अध्यापक/प्राचार्य का नाम

दिनांक :-/...../.....

व हस्ताक्षर (सील सहित)

क्रमशः 02 पर

सत्यापन

(प्राथमिक/पूर्व माध्यमिक/हाई स्कूल/उच्च माध्यमिक विद्यालय के प्राचार्य के द्वारा)

मैं घोषण करता/करती हूँ कि दुर्घटना में घायल/मृतक छात्र/छात्रा इस विद्यालय का छात्र/छात्रा है था/थी, जिसका स्कूल अभिलेख में दर्ज दीखिल क्रमांक दिनांक है/था तथा दावाकर्ता छात्र/छात्रा के पालक या अभिभावक है।

मैं यह घोषण करता/करती हूँ कि दावा चेक सीधे पालक/अभिभावक शिक्षण संस्थान नाम को भेजा जा सकता है। पालक/अभिभावक एवं विद्यालय के प्रधान पाठक/प्राचार्य द्वारा दावा का भुगतान प्रपत्र के संयुक्त रूप से हस्तांतरित करने दावा पूर्ण एवं अंतिम रूप से निराकृत माना जावेगा।

स्थान :-

विकासखण्ड शिक्षा अधिकारी

प्रधान अध्यापक/प्राचार्य का नाम

दिनांक :-/...../.....

का नाम व हस्ताक्षर (सील सहित)

व हस्ताक्षर (सील सहित)

विद्यालय/महाविद्यालय का नाम

चिकित्सा का प्रमाण पत्र (दुर्घटना की स्थिति में)

(उपचार करने वाले चिकित्सक द्वारा भरा जावे स्थायी अपंगता की दशा में कम से कम सहायक सर्जन की श्रेणी का हो)

1. अस्पताल का नाम व पता
2. अस्पताल में भर्ती होने की तारीख
3. अस्पताल से छुट्टी होने की तारीख
4. क्षति के प्रकार
5. क्षति का विवरण
6. अपंगता की मात्रा (प्रतिशत) का विवरण निम्नांकित चार्ट को देखकर दशावे :-
 1. मृत्यु 100 प्रतिशत क्षतिपूर्ति
 2. दोनो आंखो या दो अंगों की पूर्ण क्षति
 3. एक आं.। और एक अंग की क्षति
 4. स्थाई पूर्ण अपंगता जिसके कारण कोई भी कार्य समान रूप से करने में असमर्थ हो स्थाई पूर्ण अपंगता प्रतिशत क्षतिपूर्ति
 5. एक आंख अथवा एक अंग की पूर्ण क्षति 50 प्रतिशत

मैं डॉ पद नाम छात्र/छात्रा का नाम के चिकित्सकीय परीक्षण पश्चात प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि दुर्घटना के कारण ही उसे अस्पताल में भर्ती रिया गया है एवं स्थायी अपंगता उपरोक्त वर्णित मात्रा में प्रमाणित हुई है। (जो लागु ना हो कांट दें)

स्थान :-

हस्ताक्षर

दिनांक :-/...../.....

नाम

पद नाम

(अस्पताल की सील)

दावापत्र के साथ निम्नांकित दस्तावेज संलग्न करें :-

1. पुलिस जांच अंतिम प्रतिवेदन कार्यवाही विवरण।
2. संबंधित अस्पताल का बिल एवं अस्पताल में भर्ती होने की दशा में संबंधित अस्पताल का प्रमाण पत्र।
3. दुर्घटना से मृत्यु होने की दशा में शव परीक्षण प्रतिवेदन (पोस्टमार्टम रिपोर्ट)।
4. दुर्घटना से मृत्यु होने की दशा में पंचायत या नगरनिगम द्वारा मृत्यु प्रमाण पत्र।
5. स्थायी पूर्ण अपंगता की दशा में एक्स रे रिपोर्ट एवं फिल्म या अन्य कोई आवश्यक प्रमाण।