

ഭരണഭാഷ - മാതൃഭാഷ

E-mail

അടിയന്തിരം / സമയബന്ധിതം

Office of the Principal, Govt. Engineering College,
Sreekrishnapuram
Palakkad



നമ്പർ. E2/2306/19/GEC SKP

തീയതി: 25.11.2021

സർക്കുലർ

വിഷയം:- സാങ്കേതികം - വിദ്യാഭ്യാസം - സർക്കാർ എഞ്ചിനീയറിങ് കോളേജ് ശ്രീകൃഷ്ണപുരം - സംസ്ഥാന സർക്കാർ ജീവനക്കാർക്കുള്ള ആരോഗ്യഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതി (മെഡിസെപ്) - നാളിതുവരെ മെഡിസെപ് അംഗത്വ അപേക്ഷ നൽകാത്തവരുടെയും പുതിയതായി സർവീസിൽ പ്രവേശിച്ചവരുടെയും വിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കൽ, ആശ്രിതരുടെ വിവരങ്ങൾ പരിശോധിച്ച് തിരുത്തലുകൾ - എന്നിവ സംബന്ധിച്ച്.

- സൂചന :-
1. ധനകാര്യ(ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ്) വകുപ്പിന്റെ 07-08-2018 ലെ 73/2018/ധന നമ്പർ പരിപത്രം.
 2. ധനകാര്യ(ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ്) വകുപ്പിന്റെ 02-05-2019 ലെ 41/2019/ധന നമ്പർ പരിപത്രം.
 3. സാങ്കേതിക വിദ്യാഭ്യാസ വകുപ്പ് ഡയറക്ടറുടെ 14-05-2019 ലെ ഇഎ-2/29268/18/ഡിടിഇ നമ്പർ സർക്കുലർ(പരിപത്രം നമ്പർ 39/2019).
 4. ധനകാര്യ(ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ്) വകുപ്പിന്റെ 22/11/2021 ലെ 110/2021/ധന നമ്പർ പരിപത്രം.

മേൽ സൂചന (1) പ്രകാരം സംസ്ഥാന സർക്കാർ ജീവനക്കാർക്കുള്ള ആരോഗ്യഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതിയുടെ (മെഡിസെപ്) ഭാഗമായി ഈ സ്ഥാപനത്തിലെ ജീവനക്കാരിൽ നിന്നും മെഡിസെപ് അംഗത്വ അപേക്ഷയിൽ ജീവനക്കാരുടെയും അവരുടെ ആശ്രിതരുടെയും വിവരങ്ങൾ ശേഖരിച്ചിരുന്നു. എന്നാൽ ഈ സ്ഥാപനത്തിൽ പുതിയതായി ജോലിയിൽ പ്രവേശിച്ചവരും, നാളിതുവരെ അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കാത്ത ജീവനക്കാരും മെഡിസെപ് അംഗത്വ അപേക്ഷ പൂരിപ്പിച്ച് 15/12/2021, 3.00 pm മുന്പായി ഓഫീസിൽ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. (അപേക്ഷയുടെ മാതൃക താഴെ ഉള്ളടക്കം ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.) മറ്റ് സ്ഥാപനങ്ങളിൽ നിന്നും സ്ഥലംമാറ്റം/പ്രമോഷൻ ലഭിച്ച് വന്നവർ പഴയ സ്ഥാപനത്തിൽ നിന്നും നിലവിൽ ജോലി ചെയ്യുന്ന സ്ഥാപനത്തിലേക്ക് തങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കുവാൻ ഈ സ്ഥാപനത്തിലെ ഡിവിഷ - ക്കു പ്രത്യേകം അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

അപേക്ഷ സമർപ്പിച്ചിട്ടുള്ള ജീവനക്കാരും/മറ്റ് സ്ഥാപനങ്ങളിൽ അപേക്ഷ സമർപ്പിച്ചിട്ടുള്ള ജീവനക്കാരും മെഡിസെപ് വെബ്സൈറ്റിലെ (<https://medisep.kerala.gov.in/>) Status മെനു ഉപയോഗിച്ച് താങ്കളുടെയും ആശ്രിതരുടെയും വിവരങ്ങൾ ഉൾപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ എന്ന് പരിശോധിച്ച് ഉറപ്പ് വരുത്തേണ്ടതും തിരുത്തലുകൾ ആവശ്യമുള്ളവരുടെ വിവരങ്ങൾ അപേക്ഷയിൽ മേൽ **തിരുത്തൽ/Correction** എന്ന് രേഖപ്പെടുത്തി മേൽ തീയതികകം ഓഫീസിൽ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

ഷൈൻ വി എം
Administrative Assistant

സ്വീകർത്താവ്

1. എല്ലാ ജീവനക്കാർക്കും.
2. വെബ് അഡ്മിൻ (കോളേജ് വെബ്സൈറ്റിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുവാൻ)
3. ഓഫീസ് പകർപ്പ്/കരുതൽ ഫയൽ.

ഉത്തരവിൻ പ്രകാരം

സീനിയർ സൂപ്രണ്ട്

അനുബന്ധം - 1 (സൂചന 3 -ലെ സർക്കുലർ നമ്പർ 73/2018 തീയതി 2018 ആഗസ്റ്റ് 07 പ്രകാരം പ്രസിദ്ധീകരിച്ചത്)

സംസ്ഥാന സർക്കാർ ജീവനക്കാർക്കും പെൻഷൻകാർക്കും വേണ്ടിയുള്ള ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതി (MEDISEP) - സംസ്ഥാന സർക്കാർ/പാർട്ടി ട്രൈം കണ്ടിജന്റ്/മന്ത്രിമാരുടെ പേജ്നൽ സ്റ്റാഫ്

ജീവനക്കാരുടെ വിവരശേഖരണത്തിനു വേണ്ടിയുള്ള പ്രഫോർമ

(ഇംഗ്ലീഷ് ബ്ലോക്ക് അക്ഷരത്തിൽ പൂരിപ്പിക്കുക)

പേര്	
പെൻ നമ്പർ	
വകുപ്പ്/സ്ഥാപനം	
സ്ത്രീ/പുരുഷൻ	
ജീവനക്കാരനോ/ ജീവനക്കാരിക്ക് കുടുംബ പെൻഷൻ ലഭിക്കുന്നുണ്ടെങ്കിൽ ആയതിന്റെ വിവരം	പി/പി/ഒ നമ്പർ/ പെൻഷൻ നമ്പർ:
ജനനതീയതി, വയസ്സ്	
ആധാർ നം.*	
തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ് നം. {ഇലക്ഷൻ ഐ.ഡി/പാസ് പോർട്ട്/ റേഷൻകാർഡ്/പാൻകാർഡ്/ **ജനന സർട്ടിഫിക്കറ്റ് (ബാധകമല്ലാത്തത് വെട്ടിക്കളയുക)}	
പാൻ നമ്പർ	
രക്തഗ്രൂപ്പ്	
തസ്തിക	
അന്യത്ര സേവനത്തിലാണെങ്കിൽ നിലവിലെ ഓഫീസ്/സ്ഥാപനം മാതൃവകുപ്പ്	
വിരമിക്കൽ തീയതി	
സ്ഥിരമായ മേൽവിലാസം	
പങ്കാളിയുടെ പേര്	
പങ്കാളി സംസ്ഥാന/സർവകലാശാല/ തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളിലെ പെൻഷണർ / പാർട്ടി ട്രൈം കണ്ടിജന്റ് പെൻഷണർ / എക്സ്ട്രാപോസ്റ്റ് കുടുംബ പെൻഷണർ / സംസ്ഥാന സർക്കാർ / സർവകലാശാല / തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ വകുപ്പ് ജീവനം/മന്ത്രിമാരുടെ നേരിട്ട് നിയമിതരായ പേജ്നൽ സ്റ്റാഫ് ആണെങ്കിൽ വിവരം	പി/പി/ഒ നമ്പർ/ പെൻഷൻ നമ്പർ: പെൻ നമ്പർ/ എംപ്ലോയീ നം/ കോഡ് :

<p>അങ്ങനെ അല്ലെങ്കിൽ, ആധാർ /തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ് നം.: ജനനതീയതി :</p>	
<p>ആശ്രിതർ *** ബന്ധം: പേര് : ജനന തീയതി : സ്ത്രീ/പുരുഷൻ : ആധാർ നം : തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ് നം: (ഇലക്ഷൻ ഐ.ഡി/ ജനനസർട്ടിഫിക്കറ്റ്/പാസ് പോർട്ട്/ റേഷൻകാർഡ്/പാൻകാർഡ് (ബാധകമല്ലാത്തത് വെട്ടിക്കളയുക)) സ്ഥിരമായ മേൽവിലാസം (എല്ലാ ആശ്രിതരുടേയും മുകളിൽപറഞ്ഞ വിവരം ചേർക്കുക)</p>	
<p>മൊബൈൽ നം.:</p>	<p>ജീവനക്കാരെ മാത്രം പൂർണ്ണമായി ആശ്രയിച്ചു കഴിയുന്ന മാതാവ്, പിതാവ്, മകൻ/മകൾ (ഇരുപത്തിയഞ്ച് വയസ്സ് പൂർത്തിയാക്കുന്നതുവരെയോ അല്ലെങ്കിൽ വിവാഹം കഴിയുകയോ അല്ലെങ്കിൽ ജോലി ലഭിക്കുന്നതു വരെയോ). 60% മുകളിൽ ശാരീരിക മാനസിക വൈകല്യം ബാധിച്ച മക്കൾക്ക് പ്രായ പരിധി ബാധകമല്ല.</p>
<p>മറ്റേതെങ്കിലും സമാനമായ സർക്കാർ പദ്ധതിയിൽ അംഗമാണെങ്കിൽ പദ്ധതിയുടെ പേര്: അംഗത്വ നമ്പർ :</p>	

സത്യപ്രസ്താവന

..... എന്ന ഞാൻ മുകളിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ എന്റെ അറിവിൻ പ്രകാരം പൂർണ്ണവും സത്യവുമാണെന്നും ആയതിൽ എന്തെങ്കിലും പിഴവ് കണ്ടെത്തുന്ന പക്ഷം എന്റെ പോളിസി പൂർണ്ണമായും അസാധുവാകുമെന്നും മനസ്സിലാക്കുന്നതായും ഇതിനാൽ സത്യപ്രസ്താവന ചെയ്യുന്നു. കൂടാതെ ആധാർ ഉൾപ്പെടെയുള്ള മേൽ വിവരങ്ങൾ പദ്ധതിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് തിരഞ്ഞെടുക്കപ്പെട്ട കമ്പനികളുമായി പങ്കുവെയ്ക്കുന്നതിന് സമ്മതിച്ചുകൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം :
തീയതി :

പേര് :
ഒപ്പ്

(മറുപുറം...)

* ആധാർ വിവരം ഐ.ആർ.ഡി.എ മാർഗനിർദ്ദേശമനുസരിച്ച് ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് ക്ലെയിമിനു അനിവാര്യമാണ്.

**ജനനസർട്ടിഫിക്കറ്റ് മറ്റൊരു തിരിച്ചറിയൽ കാർഡുമില്ലാത്ത കുട്ടികൾക്കുവേണ്ടി ഉദ്ദേശിച്ചിട്ടുള്ളതാണ്.

*** ജീവനക്കാരെ മാത്രം പൂർണ്ണമായി ആശ്രയിച്ചു കഴിയുന്ന മാതാവ്, പിതാവ്, മകൻ/മകൾ (ഇരുപത്തിയഞ്ച് വയസ്സ് പൂർത്തിയാക്കുന്നതുവരെയോ അല്ലെങ്കിൽ വിവാഹം കഴിയുകയോ അല്ലെങ്കിൽ ജോലി ലഭിക്കുന്നതു വരെയോ), ശാരീരിക മാനസികവുമായ ഭിന്നശേഷിയുള്ള മക്കൾക്ക് പ്രായ പരിധി ബാധകമല്ല. (ഭിന്നശേഷിയുള്ള കുട്ടികൾക്ക് നിർദ്ദിഷ്ട മാതൃകയിലുള്ള സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ആവശ്യപ്പെടുന്ന മുറയ്ക്ക് നൽകേണ്ടതാണ്.)