

નામ:

P.P.O. No.:

નિવૃત્તિ તારીખ:

મો. નં.:

તારીખ:

પ્રતિ,

મા. જીલ્લા તિજોરી અધિકારી શ્રી,

મહેસાણા

વિષય: પેન્શનરોને ગુજરાત કર્મચોગી સ્વાસ્થ્ય સુરક્ષા યોજના (કેશલેસ હેલ્થ બેનીફિટ પેકેજ) અન્વયે

PMJAY કાર્ડ માટે આશ્રિત કુટુંબજનોનું પ્રમાણપત્ર આપવા બાબત.

અનુ.: ગુજરાત સરકારના આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગ, ગાંધીનગરના પરિપત્ર ક્રમાંક

HFWD/PM/ e-file/7/2025/0214/A-1, તા. ૨૮/૦૫/૨૦૨૫.

ઉપરોક્ત વિષય પરત્વે સવિનય જણાવવાનું કે સરકારશ્રીના આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગ, ગાંધીનગરના પરિપત્ર ક્રમાંક HFWD/PM/ e-file/7/2025/0214/A-1, તા. ૨૮/૦૫/૨૦૨૫ થી પેન્શનરોને તથા તેમના આશ્રિત કુટુંબજનોને ગુજરાત કર્મચોગી સ્વાસ્થ્ય સુરક્ષા યોજના (કેશલેસ હેલ્થ બેનીફિટ પેકેજ) નો લાભ આપવાનું તથા, સદર લાભ મેળવવા માટે લાભાર્થીઓ પાસે PMJAY યોજનાનું કાર્ડ આવશ્યક ઠરાવેલ છે.

PMJAY યોજનાનું કાર્ડ મેળવવા માટે જરૂરી "પેન્શનર તથા તેમના આશ્રિત કુટુંબજનો" નું પ્રમાણપત્ર આપશ્રીની કચેરીથી આપવાનું સરકારશ્રીએ ઠરાવેલ હોય, સદર પ્રમાણપત્ર આપવા વિનંતિ છે.

મારી આશ્રિત કુટુંબજનોની વિગત નીચે મુજબ છે. મારો P.P.O. No. છે.

Sr. No.	Name of Pensioner and their Dependent family members	Relation	Aadhaar No.	Date of Birth	Age	Remark

ઉપરોક્ત દર્શાવેલ મારા કુટુંબના સભ્યો મારા પર સંપૂર્ણ આશ્રિત છે, જેની હું ખાત્રી આપું છું. વધુમાં આરોગ્ય લક્ષી સરકારી લાભ અંગેનું કોઈ કાર્ડ હું તથા મારું આશ્રિત કુટુંબ ધરાવતું નથી.

પેન્શનરની સહી:

પેન્શનરનું નામ: ()

P.P.O. No.

બિડાણ: 1. પરિપત્રની નકલ

2. સભ્યોના સ્વપ્રમાણિત આધાર કાર્ડની નકલ

3. P.P.O ની સ્વપ્રમાણિત નકલ



Format of Certificate regarding family details.

CERTIFICATE

This is to certify that :-

- Mr./Ms./Mrs.....is currently serving/retired asin the office / department of..... and his/her HRPN No./P.P.O.No. is
- He / She is in-service / retired officer of the All India Services (AIS) or in-service / retired officer / employee of the Government of Gujarat.
- For the purpose of medical reimbursement, the definition of "family" as per the All India Services (Medical Attendance) Rules, 1954 or the Gujarat State Services (Medical Treatment) Rules, 2015 shall be applicable.
- As per the applicable medical reimbursement rules, the details of the employee / officer / and their dependent family members are as follows:

No.	Names of Employee/pensioner and their Family Members	Relation	Aadhaar No.	Date of Birth	Age	Remarks (If Any)

Date:

Place:

(.....)

Signature/Seal of Head of Office/Department/ Treasury Off

Round Seal of Office/Department



નામ :-

સરનામું :-

મોબાઈલ નં.-

તારીખ :-

પ્રતિ,

તિજોરી અધિકારીશ્રી,

પેન્શન ચુકવણી કચેરી,

મહેસાણા.

વિષય :- પેન્શનરની માહિતી આપવા બાબત....

પીપીઓ નંબર												
પુરૂ નામ												
બેંક												
બ્રાંચ												
ખાતા નં												
મોબાઇલ નંબર	+ 9	1										
પાનકાર્ડ નંબર												
આધારકાર્ડ નંબર												
પુરૂ સરનામું												
	પીનકોડ નં :											

ગુજરાત સરકાર દ્વારા પેન્શનરની ધર આંગણે નિઃશુલ્ક ઓનલાઇન હયાતિની ખરાઇ થઇ શકે તે માટે ઉપરોક્ત વિગતો આઇ.એફ.એમ.એસ.માં ઓનલાઇન કરવા માટે સહમતિ આપુ છું તેમજ ઉપરોક્ત તમામ વિગતો ખરી છે જેની હું બાંહેધરી આપુ છું.

બિડાણ :- (૧) આધારકાર્ડની સ્વ-પ્રમાણિત નકલ

(૨) પાનકાર્ડની સ્વ-પ્રમાણિત નકલ

આપનો વિશ્વાસુ,

ગુજરાત સરકાર

પરિપત્ર ક્રમાંક: HFWD/PM/e-file/7/2025/0214/A-1

આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગ

સચિવાલય, ગાંધીનગર.

તા.૨૮/૦૫/૨૦૨૫.

વંચાણે લીધા:-

(૧) આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગના તા.૧૫/૦૫/૨૦૨૫ નો ઠરાવ ક્ર. HFWD/PM/e-file/7/2025/0214/A-1

પરિપત્ર:-

૧. આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગ દ્વારા તા.૧૫/૦૫/૨૦૨૫ નાં ઠરાવ ક્ર. HFWD/PM/e-file/7/2025/0214/A-1 થી ગુજરાત રાજ્યમાં ફરજ બજાવતાં ALL INDIA SERVICES (AIS) ના અધિકારીઓ તથા પેન્શનરો, રાજ્ય સરકારના અધિકારીઓ, કર્મચારીઓ, પેન્શનરો તથા આ તમામનાં આશ્રિત કુટુંબીજનોને AB-PMJAY-MAA યોજના હેઠળ ગુજરાત કર્મચોગી સ્વાસ્થ્ય સુરક્ષા યોજના (કેશલેસ હેલ્થ બેનીફિટ પેકેજ) નો લાભ આપવામાં આવેલ છે.

૨. આ યોજનાનો લાભ મેળવવા માટે લાભાર્થીઓ પાસે PMJAY યોજનાનું કાર્ડ હોવું આવશ્યક છે. આ કાર્ડ ફાળવવાની કામગીરી SHA (STATE HEALTH AGENCY) ને સોંપવામાં આવેલ છે. આ માટે રાજ્ય સરકારનાં અધિકારીઓ, કર્મચારીઓ અને પેન્શનરોનાં કિસ્સામાં ગુજરાત રાજ્ય સેવા (તબીબી સારવાર) નિયમો, ૨૦૧૫ નાં નિયમ - (૨.૨) માં જણાવેલ કુટુંબની વ્યાખ્યા મુજબ અને ALL INDIA SERVICES (AIS) ના અધિકારીઓનાં કિસ્સામાં તેઓને લાગુ પડતાં All India Services (Medical Attendance) Rules, 1954 માં જણાવેલ કુટુંબની વ્યાખ્યા મુજબની પાત્રતા ધરાવતાં હોય તેવાં તેમનાં આશ્રિત કુટુંબીજનોની વિગતો દર્શાવતું પ્રમાણપત્ર આપવાનું થાય છે.

૩. ઉપર્યુક્ત વિગતોએ સેવારત ALL INDIA SERVICES (AIS) ના અધિકારીઓ તથા રાજ્ય સરકારનાં અધિકારીઓ, કર્મચારીઓનાં કિસ્સામાં જ્યાં કાર્યરત છે તે કચેરીનાં વડાએ નિયત નમૂનામાં પ્રમાણપત્ર આપવાનું રહેશે. ALL INDIA SERVICES (AIS) અને રાજ્ય સરકારનાં પેન્શનરોનાં કિસ્સામાં પેન્શનર જે જિલ્લા તિજોરી કચેરી / પેટા તિજોરી કચેરી / પેન્શન ચૂકવણી કચેરી ખાતેથી પેન્શન મેળવતા હોય તે જિલ્લાનાં જિલ્લા તિજોરી અધિકારી / પેટા તિજોરી અધિકારી / પેન્શન ચૂકવણી અધિકારી / પગાર અને હિસાબ અધિકારી દ્વારા અથવા વિકલ્પે, જે કચેરીમાંથી નિવૃત્ત થયા હોય તે કચેરીનાં વડાએ આ સાથે સામેલ નિયત નમૂનામાં પ્રમાણપત્ર આપવાનું રહેશે. E-KYC કરી શકાય તે હેતુથી કુટુંબનાં દરેક સભ્યનો આધાર નંબર દર્શાવવાનો રહેશે.

૪. ફિક્સ પગારનાં કર્મચારીનાં કિસ્સામાં નોકરીમાં નિયમિત નિમણૂક આપ્યા વિના સેવા સમાપ્ત કરવામાં આવે અથવા કોઈ અધિકારી / કર્મચારી સેવા છોડીને જાય અથવા રાજીનામું આપે અથવા શિક્ષાત્મક કાર્યવાહીનાં અંતે સેવા સમાપ્ત કરવામાં આવે અને આવી કાર્યવાહીનાં અંતે સંબંધિત સરકારી અધિકારી/ કર્મચારી, તેને લાગુ પડતા પેન્શનનાં નિયમો મુજબ પેન્શનર ગણાવાપાત્ર ન રહે તેવાં કિસ્સામાં તેણે છેલ્લે જ્યાં ફરજ બજાવી છે તે કચેરીનાં વડાએ SHA (STATE HEALTH AGENCY) ને તે અંગેની તુરત જ જાણ કરવાની રહેશે અને તેના આધારે SHA દ્વારા PMJAY માં ગુજરાત કર્મચોગી સ્વાસ્થ્ય સુરક્ષા યોજના (કેશલેસ હેલ્થ બેનીફિટ પેકેજ) નાં લાભાર્થી તરીકેનાં નામમાંથી તેઓ અને તેઓનાં કુટુંબનાં સભ્યોનાં નામો કમી કરવાનાં રહેશે.

ગુજરાતનાં રાજ્યપાલશ્રીના હુકમથી અને તેમનાં નામે,

(વી.બી.પઢારીયા)

સંયુક્ત સચિવ

આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગ

નિર્દાણ : (પ્રમાણપત્રનો નમૂનો)

પ્રતિ,

૧. માન.રાજ્યપાલશ્રીના સચિવશ્રી, રાજ્યભવન, ગાંધીનગર (પત્ર દ્વારા)
૨. માન.મુખ્યમંત્રીશ્રીના સચિવશ્રી, સ્વર્ણ સંકુલ-૧, સચિવાલય, ગાંધીનગર.
૩. માન.મંત્રીશ્રીઓ/રાજ્યકક્ષાના મંત્રીશ્રીઓના અંગત સચિવશ્રીઓ, સ્વર્ણ સંકુલ-૧-૨, સચિવાલય, ગાંધીનગર.
૪. સચિવાલયનાં સર્વે પહોંચી વિભાગો(આપનાં હસ્તકની તમામ કચેરીઓમાં પરિપત્રિત કરવાની વિનંતીસહ)
૫. નિયામકશ્રી, હિસાબ અને તિજોરી, ૧૭, ડૉ.જીવરાજ મહેતા ભવન, ગાંધીનગર.
૬. નિયામકશ્રી, પેન્શન અને પ્રોવિડન્ટ ફંડ, ૧૮, ડૉ.જીવરાજ મહેતા ભવન, ગાંધીનગર.
૭. પગાર અને હિસાબી અધિકારીશ્રી, ગાંધીનગર/અમદાવાદ.

Signature Not Verified

Signed by: V. B. Padharyia

Joint Secretary

Date: 2025.05.28

16:12:54 +05:30

File No: HFWD/PM/e-file/7/2025/0214/A1

Approved By: Principal Secretary, HFWD

Open the document in Adobe Acrobat DC to verify the E-sign



1/3



Scanned with OKEN Scanner