



ಕರ್ನಾಟಕ ವಿದ್ಯುತ್ ಪ್ರಸಾರಣ ನಿಗಮ ನಿಯಮಿತ

ನಿಗಮದ ಗುರುತಿನ ಸಂಖ್ಯೆ (ಸಿ.ಐ.ಎನ್.): ಯು40109ಕೆಎ1999ಎಸ್‌ಜಿಸಿ025521
ನಿಗಮ ಕಾರ್ಯಾಲಯ, ಕಾವೇರಿ ಭವನ, ಕೆ.ಜಿ.ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು-560 009.

ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ : 080-22212343

ಅಂತರ್ಜಾಲ : <https://kptcl.karnataka.gov.in>
ಇ-ಮೇಲ್ ವಿಳಾಸ : director.ahr.kptcl@gmail.com

ಓದಲಾಗಿದೆ:

1. ನಿಗಮದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಬಿ6/1432/2000-01/09.05.2001.
2. ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಡಿಪಿಎಆರ್ 01 ಎನ್‌ಎಂಆರ್ 2003 ದಿನಾಂಕ:18.07.2003.
3. ನಿಗಮದ ಪತ್ರ ಸಂಖ್ಯೆ: ಕವಿಪ್ರನಿನಿ/ಬಿ6/8379/2008-09 ದಿನಾಂಕ:15.07.20011
4. ನಿಗಮದ ಪತ್ರ ಸಂಖ್ಯೆ: ಕವಿಪ್ರನಿನಿ/ಬಿ4/7782/1985-86 ದಿನಾಂಕ:18.08.20012
5. ನಿಗಮದ ಪತ್ರ ಸಂಖ್ಯೆ: ಕವಿಪ್ರನಿನಿ/ಬಿ4/7782/1985-86 ದಿನಾಂಕ:23.07.2016
6. ನಿಗಮದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಕವಿಪ್ರನಿನಿ/ಬಿ4/7782/1985-86 ದಿನಾಂಕ:07.08.2018
7. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯೊಂದಿಗೆ ಪರಸ್ಪರ ಒಪ್ಪಂದ ಮಾಡಿಕೊಂಡ ನಿಗಮದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಬಿ6/9774/2020-21/10.03.2021.
8. ಮೆ: HCG NMR Cancer Centre of Oncology (A unit of HCG Enterprises Ltd.) ಟಿ.ಬಿ.ರೋಡ್, ರೇವಂಕರ್ ಮೋಟಾರ್ಸ್ ಹತ್ತಿರ, ದೇಶಪಾಂಡೆ ನಗರ, ಹುಬ್ಬಳ್ಳಿ, ರವರ ಇ-ಮೇಲ್ ಪತ್ರ ದಿನಾಂಕ: 28.02.2024.

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ:


ಕವಿಪ್ರನಿನಿಯು ಮಾರಣಾಂತಿಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳಾದ ಹೃದ್ಯೋಗ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಮೆದುಳು ಮತ್ತು ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಒಡಂಬಡಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯಲು ನಿಗಮದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಕವಿಪ್ರನಿನಿ/ಬಿ6/1432/2000-01 ದಿನಾಂಕ: 09.05.2001 ರನ್ವಯ ಅವಕಾಶ ಕಲ್ಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಮೆ: HCG NMR Cancer Centre of Oncology (A unit of HCG Enterprises Ltd.) ಟಿ.ಬಿ.ರೋಡ್, ರೇವಂಕರ್ ಮೋಟಾರ್ಸ್ ಹತ್ತಿರ, ದೇಶಪಾಂಡೆ ನಗರ, ಹುಬ್ಬಳ್ಳಿ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯವರು ಮಾರಣಾಂತಿಕ ಕಾಯಿಲೆಯಾದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಬಂಧಿ ಕಾಯಿಲೆಗೆ CGHS ದರಗಳನುಸಾರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮುಂದುವರಿಸಲು ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಇ-ಮೇಲ್ ಮುಖಾಂತರ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವುದರಿಂದ ದಿನಾಂಕ: 15.03.2024 ರಿಂದ 14.03.2027 ರವರೆಗೆ (3 ವರ್ಷಗಳು) ನಿಗಮದ ಅಧಿಕಾರಿ/ನೌಕರರು ಮತ್ತು ಅವರ ಅವಲಂಬಿತರು ಸಾಲ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ (Credit Facilities) ಮೂಲಕ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಯಿಲೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯೊಂದಿಗಿನ ಪರಸ್ಪರ ಒಪ್ಪಂದವನ್ನು (MOU) ಮುಂದುವರಿಸಲು ಈ ಆದೇಶ.

ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಕವಿಪ್ರನಿನಿ/ಬಿ6/9774/2020-21 ಬೆಂಗಳೂರು ದಿನಾಂಕ: 15 MAR 2024

1. ನಿಗಮದ ಆದೇಶ ದಿನಾಂಕ: 09.05.2001 ರಲ್ಲಿ ಅವಕಾಶ ಕಲ್ಪಿಸಿರುವಂತೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ ನಿಗಮದ ಅಧಿಕಾರಿ/ನೌಕರರು ಮತ್ತು ಅವರ ಅವಲಂಬಿತರಿಗೆ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಕಾರಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು/ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ರಹಿತ ಜೀವ ಉಳಿಸುವ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕಾರ್ಯ ವಿಧಾನಗಳಿಗೆ ವ್ಯದ್ಯಕೀಯ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು CGHS ದರಗಳನ್ವಯ ಸಾಲ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮೂಲಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಮೆ: HCG NMR Cancer Centre of Oncology (A unit of HCG Enterprises Ltd.) ಟಿ.ಬಿ.ರೋಡ್, ರೇವಂಕರ್ ಮೋಟಾರ್ಸ್ ಹತ್ತಿರ, ದೇಶಪಾಂಡೆ ನಗರ, ಹುಬ್ಬಳ್ಳಿ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯೊಂದಿಗೆ ದಿನಾಂಕ: 15.03.2024 ರಿಂದ 14.03.2027 ರವರೆಗೆ (3 ವರ್ಷಗಳು) ಪರಸ್ಪರ ಒಪ್ಪಂದ (MOU) ವನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಲಾಗಿದೆ.

2. ಈ ಯೋಜನೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಪೂರ್ಣ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಮರುಪಾವತಿ ಪಡೆಯಲು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸುವುದು:-

1. ಈ ಯೋಜನೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಅಧಿಕಾರಿ/ನೌಕರರ ಮತ್ತು ಅವರ ಅವಲಂಬಿತರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ನಿಗಮವು ಸದರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯೊಂದಿಗೆ ಆರ್ಥಿಕ ಒಪ್ಪಂದ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿದೆ. ಆದಕಾರಣ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ನಂತರದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಮುಂಗಡ ಹಣವನ್ನು ಪಾವತಿಸುವ ಅಗತ್ಯವಿರುವುದಿಲ್ಲ.
2. ರೋಗಿಯು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆ ಹೊಂದಿದ ನಂತರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೆಚ್ಚದ ಮರುಪಾವತಿಯನ್ನು CGHS 2014 ಮತ್ತು 2015 ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ದರಪಟ್ಟಿ ಪ್ರಕಾರ ನಿಗಮವು ನೇರವಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಪಾವತಿಸುವುದು. ಆದಾಗ್ಯೂ, ನೌಕರರು ಅರ್ಹವಿರುವ ವಾರ್ಡ್‌ಗಿಂತ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟ ವಾರ್ಡ್‌ನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಅದರಿಂದಾಗುವ ವೆಚ್ಚದ ವ್ಯತ್ಯಾಸದ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಅಧಿಕಾರಿ/ನೌಕರರೇ ಭರಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
3. ಅಧಿಕಾರಿ/ನೌಕರರು ಅಥವಾ ಅವರ ಕುಟುಂಬದವರು ಸದರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಬಂಧಿ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಲ್ಲಿ ನೌಕರರು ಭರಿಸುವ ಒಟ್ಟು ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಅವರ ಅರ್ಹತೆಯ ಮೇರೆಗೆ ಪಾವತಿಸಲಾಗುವುದು.
4. ಅಧಿಕಾರಿ/ನೌಕರರು ಪಡೆಯಲು ಇಚ್ಛಿಸಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು "ವೈದ್ಯಕೀಯ ನಿಯಮಾವಳಿಯಲ್ಲಿ" ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಿರುವಂತೆ ನೌಕರರಿಗೆ ಅಥವಾ ಅವರ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಅನ್ವಯಿಸಿದೆಯೇ? ಎಂಬುದನ್ನು ವಿಭಾಗಾಧಿಕಾರಿಗಳು/ನಿಯಂತ್ರಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಖಾತರಿ ಪಡಿಸಿಕೊಂಡು ರೋಗಿಯ ಗುರುತು ಪತ್ರ (Identification Letter) ಮತ್ತು ನೌಕರರೊಂದಿಗೆ ರೋಗಿಯ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಈ ಆದೇಶದೊಂದಿಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಿರುವ ನಿಗದಿತ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ನೀಡಿ ಅದರ ಒಂದು ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೂ ನೀಡತಕ್ಕದ್ದು.
5. ಈ ಯೋಜನೆಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಕವಿಪ್ರನಿನಿ ಎಲ್ಲಾ ಖಾಯಂ ಅಧಿಕಾರಿ/ನೌಕರರಿಗೆ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ.
6. ವಿಭಾಗಾಧಿಕಾರಿ/ನಿಯಂತ್ರಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು ನೀಡುವ ರೋಗಿಯ ಗುರುತು ಪತ್ರವಿದ್ದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ನಿಗಮ ಕಛೇರಿಯಿಂದ ರೆಫರಲ್ ಪತ್ರವನ್ನು ನೀಡಲಾಗುವುದು.
7. ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ನೀಡುವ ರೆಫರಲ್ ಪತ್ರವನ್ನು ನಿರ್ದೇಶಕರು (ಆಡಳಿತ ಮತ್ತು ಮಾ.ಸಂ), ಕವಿಪ್ರನಿನಿ, ಕಾವೇರಿ ಭವನ, ಬೆಂಗಳೂರು ರವರು ಮಾತ್ರ ಸಹಿ ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು. ಬೇರೆ ಯಾವ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೂ ರೆಫರಲ್ ಪತ್ರಕ್ಕೆ ಸಹಿ ಮಾಡುವ ಅಧಿಕಾರವಿರುವುದಿಲ್ಲ.
8. ಅಧಿಕಾರಿ/ನೌಕರರು ಮತ್ತು ಅವರ ಅವಲಂಬಿತರು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುವ ಮುನ್ನ ನಿಗಮ ಕಛೇರಿಯಿಂದ ಅನುಮೋದಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ನಿರ್ದೇಶಕರು (ಆಡಳಿತ ಮತ್ತು ಮಾ.ಸಂ), ಕವಿಪ್ರನಿನಿ, ಕಾವೇರಿಭವನ, ಬೆಂಗಳೂರು-09 ರವರಿಂದ ಸಹಿಯಾದ "ರೆಫರಲ್ ಪತ್ರ" ವನ್ನು ಪಡೆದು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.


ನಿರ್ದೇಶಕರು (ಆಡಳಿತ ಮತ್ತು ಮಾ.ಸಂ.)
ಕವಿಪ್ರನಿನಿ

ಪ್ರತಿಗಳು:

1. ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕ ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಪಿ.ಸಿ.ಕೆ.ಎಲ್, ಕಾವೇರಿಭವನ, ಬೆಂಗಳೂರು.
2. ಎಲ್ಲಾ ಆರ್ಥಿಕ ಸಲಹೆಗಾರರು, ಕವಿಪ್ರನಿನಿ,

3. ಎಲ್ಲಾ ಮುಖ್ಯ ಇಂಜಿನಿಯರ್ (ವಿ) ಕವಿಪ್ರನಿನಿ
4. ಎಲ್ಲಾ ಅಧೀಕ್ಷಕ ಇಂಜಿನಿಯರ್ (ವಿ)/ನಿಯಂತ್ರಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು.
5. ಎಲ್ಲಾ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಾಹಕ ಇಂಜಿನಿಯರ್ (ವಿ)/ ಉಪ ಲೆಕ್ಕ ನಿಯಂತ್ರಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ಕವಿಪ್ರನಿನಿ,
6. ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕ ನಿರ್ದೇಶಕರು/ನಿರ್ದೇಶಕರು (ಪ್ರಸರಣ)/(ಆ ಮತ್ತು ಮಾ.ಸಂ) ಕವಿಪ್ರನಿನಿ ಇವರುಗಳ ಹಿರಿಯ ಆಪ್ತ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು.
7. ನಿಗಮ ಕಾರ್ಯಾಲಯದ ಎಲ್ಲಾ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು/ಎಲ್ಲಾ ಲೆಕ್ಕಾಧಿಕಾರಿಗಳು (ಆಂ.ಪ), ಕವಿಪ್ರನಿನಿ
8. ಮೆ: HCG NMR Cancer Centre of Oncology (A unit of HCG Enterprises Ltd.) ಟಿ.ಬಿ.ರೋಡ್, ರೇವಂಕರ್ ಮೋಟಾರ್ಸ್ ಹತ್ತಿರ, ದೇಶಪಾಂಡೆ ನಗರ, ಹುಬ್ಬಳ್ಳಿ, ಪೋನ್ 0836-4252940, 4255710
9. ಲೆಕ್ಕಾಧಿಕಾರಿ, ಕ್ರೋಢೀಕರಣ ಘಟಕ, ಕವಿಪ್ರನಿನಿ, ಕಾವೇರಿಭವನ, ಬೆಂಗಳೂರು.

ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ಹಾಗೂ ಸೂಕ್ತ ಕ್ರಮಕ್ಕಾಗಿ <https://kptcl.karnataka.gov.in> ವೆಬ್ ಸೈಟ್ ನಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಪ್ರತಿಗಳು ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ:

1. ಶ್ರೀ ಆರ್.ಹೆಚ್.ಲಕ್ಷ್ಮೀಪತಿ, ಅಧ್ಯಕ್ಷರು, ಕವಿಪ್ರನಿನಿ ನೌಕರರ ಸಂಘ, ಬೆಂಗಳೂರು ಹಾಗೂ ನಿರ್ದೇಶಕರು ಕವಿಪ್ರನಿನಿ ಹಾಗೂ ಎಸ್ಕಾಂಗಳು.
2. ಶ್ರೀ ಕೆ.ಶಿವಣ್ಣ, ಅಧ್ಯಕ್ಷರು, ಕವಿಪ್ರನಿನಿ ಇಂಜಿನಿಯರ್‌ಗಳ ಸಂಘ, ಹಾಗೂ ನಿರ್ದೇಶಕರು ಕವಿಪ್ರನಿನಿ/ಎಸ್ಕಾಂ.
3. ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ, ಕವಿಪ್ರನಿನಿ ನೌಕರರ ಸಂಘ, ಬೆಂಗಳೂರು.
4. ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ, ಕವಿಪ್ರನಿನಿ ಇಂಜಿನಿಯರ್‌ಗಳ ಸಂಘ, ಬೆಂಗಳೂರು.
5. ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ, ಕವಿಪ್ರನಿನಿ ಲೆಕ್ಕಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಸಂಘ, ಬೆಂಗಳೂರು.
6. ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ, ಕವಿಪ್ರನಿನಿ ಪ.ಜಾ ಮತ್ತು ಪ.ವರ್ಗಗಳ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಸ್ಥೆ, ಬೆಂಗಳೂರು
7. ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ, ಕವಿಪ್ರನಿನಿ ಡಿಪ್ಲೋಮಾ ಇಂಜಿನಿಯರ್‌ಗಳ ಸಂಘ, ಬೆಂಗಳೂರು.
8. ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ, ಕವಿಪ್ರನಿನಿ/ಎಸ್ಕಾಂ ಪ.ಜಾ ಮತ್ತು ಪ.ಪಂ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಸಂಘ, ಬೆಂಗಳೂರು

LETTER OF IDENTIFICATION

Ref:

Date:

To:

The Director,
(Admin & HR)
K.P.T.C.L, Kaveri Bhavan,
Bangalore-09.

Affix recent
passport size
photograph of
patient duly
attested by
Divisional/
Controlling Officer.

Sir,

Name of the Employee :
Designation :
Date of Retirement :
Name of the Patient :
Relationship with Employee :
Eligible Ward : Private/Semi- Private/General
Patient's Attendant Contact no :

This is to certify that Sri.....working
at..... and He/She/His/Her/Father/Mother/ Husband
/Wife/Son/Daughter Sri/Smt is suffering from
..... and requires hospitalization from
.....(Date) as recommended by Dr.....
.....Hospital.

Yours faithfully,

Divisional Controlling Officer,

Witness: [KPTCL Employees Only]

- 1.
2. ...