

क्षेत्रीय कार्यपालक निदेशक
भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण
उत्तरी/ पश्चिमी/ पूर्वी/ दक्षिणी/ उत्तर-पूर्वी क्षेत्र
नई दिल्ली/ मुंबई/ कोलकाता/ चेन्नई/ गुवाहाटी

कार्यपालक निदेशक (आरसीडीयू/ एफआईयू)
भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण
नई दिल्ली

विमानपत्तन निदेशक
भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण
कोलकाता/ चेन्नई हवाईअड्डा

निदेशक
भारतीय विमानन अकादमी
नई दिल्ली

प्रधानाचार्य
सीएटीसी,
इलाहाबाद

महाप्रबंधक (सीआरएसडी/ ई व एम वर्कशॉप)
भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण
नई दिल्ली

निगमित मानव संसाधन प्रबंधन परिपत्र संख्या : 15/2011

विषय : भाविप्रा (सेवानिवृत्त कार्मिक) चिकित्सा योजना – ओपीडी/ अधिवास चिकित्सा सीमा ।

आदेश सं ए.60011/55/पीपी/2006 दिनांक 16-06-2008 के पैरा 6 और आदेश सं ए60011/56/2008/पीपी दिनांक 29-06-2009 के पैरा 1(vii) के संदर्भ में चिकित्सा प्रतिपूर्ति (ओपीडी व अस्पताल में भर्ती) को सेवारत कार्यपालकों और सेवानिवृत्त कर्मचारियों के पूर्व-संशोधित वेतनमानों में निर्धारित सीमा तक सीमित करने का निर्णय लिया गया है ।

2. अब यह निर्णय लिया गया है कि प्रभावी तिथि 01-04-2011 से भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण के सेवानिवृत्त कार्मिकों (कार्यपालकों और गैर-कार्यपालकों) के बाह्य उपचार की अधिकतम सीमा की समीक्षा/ संशोधन निम्नानुसार है :

i) **कार्यपालक :**

स्तर	01-01-2007 से वेतनमान	वार्षिक सीमा (रुपए में)
ई-1	16400-40500	18000
ई-2	20600-46500	19000
ई-3	24900-50500	20000
ई-4	29100-54500	22000
ई-5	32900-58000	23000
ई-6	36600-62000	24000
ई-7	43200-66000	25000
ई-8	51300-73000	26000
ई-9	62000-80000	27000
बोर्ड के सदस्य	75000-100000	30000
अध्यक्ष	80000-125000	30000

ii) गैर-कार्यपालक :

स्तर	01-01-2007 से वेतनमान	वार्षिक सीमा (रुपए में)
एनई-1	10200-23000	9000
एनई -2	11000-24500	10000
एनई -3	11500-26000	11000
एनई -4	12500-28500	12000
एनई -5	13400-30500	13000
एनई -6	14500-33500	14000
एनई -7	15000-35500	16000
एनई -8	16000-38900	17000
एनई -9	17000-39500	18000
एनई-10	18500-40000	18000

- दिनांक 16-06-2008 के आदेश के पैरा 6.1 के अनुसार सेवानिवृत्त कार्मिकों के चिरकालिक रोगों के उपचार हेतु वार्षिक अधिकतम सीमा का अतिरिक्त 25% अनुमेय है।
- 01-04-2011 से उपर्युक्त योजना के लागू होने पर वेतन के स्तरों/ वेतनमानों के अनुरूप सेवानिवृत्त कार्मिक बाह्य उपचार के पात्र होंगे तथा तदनुसार दिनांक 16-06-2008 के आदेश के पैरा 6.2 को संशोधित किया गया है।
- बाह्य उपचार हेतु वार्षिक सीमा के अंतर्गत तिमाही आधार पर अगले माह के प्रथम सप्ताह में भुगतान किया जाएगा। सेवानिवृत्त कार्मिकों को तिमाही आधार पर एक वचनबद्धता (अनुलग्नक-1) प्रस्तुत करना होगा कि दावा की गई राशि बाह्य उपचार पर खर्च की गई है और उन्होंने किसी अन्य स्रोत से समान लाभों का दावा नहीं किया है। चिकित्सा लाभ योजना की अन्य सभी शर्तें अपरिवर्तित रहेंगी।
- यह सक्षम प्राधिकारी के अनुमोदन से जारी किया गया है।

--हस्ता ०--

(विलास भुजंग)

कार्यपालक निदेशक (मानव संसाधन)

संलग्न : यथोक्त

आंतरिक वितरण :

- अध्यक्ष के विशेष कार्याधिकारी
- सदस्य - वित्त/ मानव संसाधन/ योजना/ एएनएस/ प्रचालन/ मुख्य सतर्कता अधिकारी के निजी सचिव
- कार्यपालक निदेशक – वित्त/ प्रशासन/ मानव संसाधन/ सीए व सीएस
- महाप्रबंधक (प्रशासन) - कृपया परिपत्र में निहित निदेशों के कार्यान्वयन हेतु अनुदेश जारी करें।
- मानव संसाधन/ प्रशासन के सभी महाप्रबंधक – केसीएम/ बीएस/ आरके/ आरएसएम : संयुक्त महाप्रबंधक (एसकेएस)
- महाप्रबंधक (आईटी) – भाविप्रा वेबसाइट पर अपलोड करने हेतु (www.aai.aero – AAI employees – Retired AAI employees के अंतर्गत)
- अध्यक्ष/ महासचिव - एएओ (I)/ आईएआईओए/ एसीओ (I)/ एटीसी गिल्ड (I)/ भाविप्रा इंजी. गिल्ड/ भाविप्रा एससी व एसटी कल्याण संघ
- महासचिव एएईयू



वचनबद्धता

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैं, श्री/सुश्री _____ की पत्नी/पति/पुत्र/पुत्री भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण की सेवा से _____ (पदनाम) के रूप में दिनांक _____ को सेवानिवृत्त, यह वचन देता/ देती हूँ कि मैंने निम्नोक्त अवधि हेतु स्वयं व मेरी पत्नी/ पति के ओपीडी उपचार के लिए रु. _____ (_____) मात्र खर्च किया है :

प्रथम तिमाही	-	01 अप्रैल, _____ से	30 जून, _____ तक
द्वितीय तिमाही	-	01 जुलाई, _____ से	30 सितंबर, _____ तक
तृतीय तिमाही	-	01 अक्टूबर, _____ से	31 दिसंबर, _____ तक
चतुर्थ तिमाही	-	01 जनवरी, _____ से	31 मार्च, _____ तक

- इसके अतिरिक्त यह भी प्रमाणित किया जाता है कि मैं व मेरी पत्नी/ पति _____ (नाम) आज की तिथि तक जीवित हैं (यदि लागू हो)।
- एतद्वारा यह भी घोषित किया जाता है कि मेरे और मेरे पति या पत्नी के लिए चिकित्सा व्यय (यदि लागू हो) का दावा किसी अन्य स्रोत से मेरे या मेरे पति या पत्नी द्वारा नहीं किया गया है।
- मैं बैंक _____ के साथ अपने बैंक खाता संख्या _____ में सीधे अपना चिकित्सा प्रतिपूर्ति भुगतान प्राप्त करना चाहता हूँ।

हस्ताक्षर _____

पूरा नाम _____

चिकित्सा कार्ड नं. _____

वैद्यता अवधि _____

कार्मिक सं. _____

पता _____

दिनांक : _____