YESHASVINI

ಸಹಕಾರ ಸಂಘಗಳ ಯಶಸ್ವಿನಿ ಫಲಾನುಭವಿ ಕುಟುಂಬವು ವಾರ್ಷಿಕ ಗರಿಷ್ಠ ರೂ.5.00ಲಕ್ಷದವರೆಗೆ ನಗದುರಹಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಪಡೆಯಬಹುದಾಗಿದೆ

- ಪ್ರಧಾನ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಯಾವುದೇ ಸಹಕಾರ ಸಂಘದ ಸದಸ್ಯರಾಗಿ 03 ತಿಂಗಳು ಗತಿಸಿರಬೇಕು.
- ಗ್ರಾಮೀಣ ಸಹಕಾರ ಸಂಘಗಳ/ಸ್ವ-ಸಹಾಯ ಗುಂಪುಗಳ ಗರಿಷ್ಠ 4 ಸದಸ್ಯರ ಕುಟುಂಬ ಒಂದಕ್ಕೆ ವಾರ್ಷಿಕ ರೂ.500/-ಗಳ ವಂತಿಗೆ ಮತ್ತು 4ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸದಸ್ಯರುಳ್ಳ ಕುಟುಂಬದ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಶೇ.20 ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿ ಅಂದರೆ ಪ್ರತಿ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ರೂ.100/-ಗಳನ್ನು ಪಾವತಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
- ನಗರ ಸಹಕಾರ ಸಂಘಗಳ/ಸ್ವ-ಸಹಾಯ ಗುಂಪುಗಳ ಗರಿಷ್ಠ 4 ಸದಸ್ಯರ ಕುಟುಂಬ ಒಂದಕ್ಕೆ ವಾರ್ಷಿಕ ರೂ.1000/-ಗಳ ವಂತಿಗೆ ಮತ್ತು 4ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸದಸ್ಯರುಳ್ಳ ಕುಟುಂಬದ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಶೇ.20 ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿ ಅಂದರೆ ಪ್ರತಿ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ರೂ.200/-ಗಳನ್ನು ಪಾವತಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
- ಕುಟುಂಬ ಅಂದರೆ (ತಂದೆ,ತಾಯಿ, ಗಂಡ/ಹೆಂಡತಿ, ಗಂಡು ಮಕ್ಕಳು, ಮದುವೆಯಾಗದ ಹೆಣ್ಣುಮಗಳು, ಸೊಸೆಯಂದೀರು ಮತ್ತು ಮೊಮ್ಮಕ್ಕಳು) ಎಂದು ಅರ್ಥೈಸುವುದು.
- ಪರಿಶಿಷ್ಠ ಜಾತಿ/ ಪರಿಶಿಷ್ಠ ಪಂಗಡದ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ವಿಶೇಷ ಘಟಕ ಯೋಜನೆ ಹಾಗೂ ಗಿರಿಜನ ಉಪ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಸಹಾಯಧನ ನೀಡುವ ಮೂಲಕ ಅವರ ವಾರ್ಷಿಕ ಸದಸ್ಯತ್ವ ವಂತಿಕೆಯನ್ನು ಸರ್ಕಾರವೇ ಭರಿಸುತ್ತದೆ.
- ಯಶಸ್ವಿನಿ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಅರ್ಹತೆಯುಳ್ಳ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಸದಸ್ಯರಾಗಲು ಯಾವುದೇ ವಯೋಮಿತಿ ನಿರ್ಬಂಧವಿರುವುದಿಲ್ಲ.
- ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ತಾಯಿಯ ಹೆಸರು ಯಶಸ್ವಿನಿ ಕಾರ್ಡಿನಲ್ಲಿದ್ದರೆ. 30 ದಿನಗಳ ವರೆಗೆ ತಾಯಿ ಹೆಸರು ಇರುವ ಯಶಸ್ವಿನಿ ಕಾರ್ಡಿನ ಆದಾರದಮೇಲೆ ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ನವಜಾತ ಶಿಶು ಪಡೆಯಬಹುದು.
- ಪ್ರಧಾನ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಮತ್ತು ಅವನ ಕುಟುಂಬದ ಯಾವುದೇ ಸದಸ್ಯರು ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರಾಗಿ ಅಥವಾ ಖಾಸಗಿ ಕಂಪನಿಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದು ವೇತನ ಪಡೆಯುತ್ತಿದಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಸದಸ್ಯನಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಈ ಯೋಜನೆಗೆ ಅರ್ಹರಿರುವುದಿಲ್ಲ.
- ಯಶಸ್ವಿನಿ ಯೋಜನೆಯಡಿ ನೆಟ್‌ವರ್ಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿ ಔಷದಿ ವೆಚ್ಚ, ಆಸ್ಪತ್ರೆ ವೆಚ್ಚ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ವೆಚ್ಚ, ಆಪರೇಷನ್ ಥಿಯೇಟರ್ ಬಾಡಿಗೆ, ಅರೆವಳಿಕೆ ತಜ್ಞರ ಫೀ, ಸರ್ಜನ್ ಫೀ, ಕನ್ಸ್‌ಲ್ಟೆಂಟ್ ಫೀ, ಬೆಡ್‌ಚಾರ್ಜ್, ನರ್ಸ್ ಫೀ, ಇತ್ಯಾದಿ ವೆಚ್ಚ, ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.
- ಯಶಸ್ವಿನಿ ಯೋಜನೆಯಡಿ ನೆಟ್‌ವರ್ಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವಿನಿ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಹೊರರೋಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ (ಓ.ಪಿ.ಡಿ) ಗರಿಷ್ಠ ರೂ.200/-ಗಳ (ಮೂರು ತಿಂಗಳ ಅವಧಿಗೆ) ಮಿತಿ ನಿಗಧಿಪಡಿಸಿದ್ದು ನೆಟ್‌ವರ್ಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಇದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಶುಲ್ಕವನ್ನು ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ವಿದಿಸತಕ್ಕದ್ದಲ್ಲ. ಈ ಪೈಕಿ ರೂ.100/-ಗಳನ್ನು ಯಶಸ್ವಿನಿ ಟ್ರಸ್ಟ್‌ನ ವತಿಯಿಂದ ಪಾವತಿಸಲಾಗುವುದು.
- ಸದಸ್ಯರು ಯಶಸ್ವಿನಿ ಕಾರ್ಡ್ ಪಡೆದ 15 (ಹದಿನೈದು) ದಿನಗಳ ನಂತರ ಯಶಸ್ವಿನಿ ಕಾರ್ಡುದಾರರು ನೆಟ್‌ವರ್ಕ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಪಡೆಯಲು ಅರ್ಹರಿರುತ್ತಾರೆ.
- ಸದಸ್ಯರ ನೊಂದಣಿಗೆ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳು, ಯಶಸ್ವಿನಿ ನೆಟ್‌ವರ್ಕ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಪಟ್ಟಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಪಟ್ಟಿ, ಇವುಗಳನ್ನು ಸಹಕಾರ ಇಲಾಖೆಯ ಸಹಕಾರ ಸಿಂಧು ವೆಬ್‌ಸೈಟ್‌ನಲ್ಲಿ ಪಡೆಯಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ

ಪ್ರಧಾನ ಅರ್ಜಿದಾರನಾದ ನಾನು ಶ್ರೀ:____________________ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಮೂಲಕ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಅಂಶಗಳನ್ನು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

1. ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಯಾವುದೇ ಸದಸ್ಯನು ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಯಾವುದೇ ಖಾಸಗಿ ಕಂಪನಿಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ವೇತನ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವುದಿಲ್ಲ ಹಾಗೂ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಸದಸ್ಯನಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ.
2. ನೋಂದಣಿ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯಂತೆ ಎಲ್ಲರೂ ನನ್ನ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ.
3. ನಾವು ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಪತ್ರದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾದಂತಹ/ವಾಗುವ ಯಶಸ್ವಿನಿ ಯೋಜನೆಯ ನೆಟ್‌ವರ್ಕ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಗುರುತಿಸಿದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯ ವಾರ್ಡ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಪಡೆಯಲು ಮಾತ್ರ ಅರ್ಹವಿರುತ್ತೇನೆಂದು ತಿಳಿದಿರುತ್ತೇನೆ. ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಸೌಲಭ್ಯ ಪಡೆಯಲು ಅನುಸರಿಸಬೇಕಾದ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಪಡೆದಿರುತ್ತೇನೆ.
4. ನೋಂದಣಿಯ ಅರ್ಜಿಯಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಯು ಸರಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ ಎಂದು ಒಪ್ಪಿರುತ್ತೇನೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ – ಸಹಕಾರ ಇಲಾಖೆ

ಯಶಸ್ವಿನಿ ಸಹಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ಯೋಜನೆ

2022-23ನೇ ಸಾಲಿಗೆ ಹೊಸ ಸದಸ್ಯರ ನೋಂದಣಿ ನಮೂನೆ

ಯೂನಿಕ್ಐಡಿ ಸಂಖ್ಯೆ : ____________________________

1) ಪ್ರಧಾನ ಅರ್ಜಿದಾರನ ಹೆಸರು: ____ ವಿಳಾಸ ___________________________________

____

ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ ______________________________________

ಅ) ಪ.ಜಾ ☐ ಪ.ಪಂ ☐ ಒ.ಬಿ.ಸಿ. ☐ ಅಲ್ಪಸಂಖ್ಯಾತ ☐ ಇತರೆ ☐ ಗ್ರಾಮೀಣ ☐ ನಗರ ☐ ವಯಸ್ಸು _____ ಆ) ಗಂಡಸು ☐ ಹೆಂಗಸು ☐ [☑ ಗುರುತಿಸಿರಿ]

ಇ) ಅಂಗವಿಕಲ ___ ಈ) ಎ.ಪಿ.ಎಲ್ ____ ಬಿ.ಪಿ.ಎಲ್ ___ಉ) ಪ್ರ.ಅ.ದಾರರ ಸಹಕಾರ ಸಂಘದ/ಎಸ್.ಹೆಚ್.ಜಿ. ಸದಸ್ಯತ್ವ ಸಂಖ್ಯೆ: ______________

ಸದಸ್ಯತ್ವ ದಿನಾಂಕ: _______________ ಸಹಕಾರ ಸಂಘದ ಹೆಸರು _________________________ ಸಹಕಾರ ಸಂಘದ ಗ್ರಾಮ ______________

ತಾಲ್ಲೂಕು: ______________ ಜಿಲ್ಲೆ: ___________ ಆಡಳಿತ ಮಂಡಳಿ ಅನುಮೋದನೆ ದಿನಾಂಕ -------- ಪಡಿತರ ಚೀಟಿ ಸಂಖ್ಯೆ: -------------------

ಎಸ್.ಹೆಚ್.ಜಿ ಸದಸ್ಯರು: ____________________________ ಎಸ್.ಹೆಚ್.ಜಿ ಹೆಸರು: ____

ಕ್ರ.ಸಂ	ಪ್ರ.ಧಾನ ಅರ್ಜಿದಾರನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು	ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ	ವಯಸ್ಸು	ಸಂಬಂಧ	ಲಿಂಗ
2)		☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐			
3)		☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐			
4)		☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐			
5)		☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐			
6)		☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐			
7)		☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐			
8)		☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐			
9)		☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐			
10)		☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐			

ಹಣ ಪಾವತಿಸಿದ ವಿವರ; ರಶೀದಿ ಸಂಖ್ಯೆ: ________ ದಿನಾಂಕ: ________ ಒಟ್ಟು ಸದಸ್ಯರ ಸಂಖ್ಯೆ (ಪ್ರ.ಅ.ಸೇರಿದಂತೆ) _______ ಸಂಗ್ರಹಣೆಯಾದ ಒಟ್ಟು ಮೊತ್ತ ರೂ._____

ಹೆಸರು: 1).........................	2).............................	3).............................	4).............................	5).............................
ಕುಟುಂಬದ ಪ್ರ. ಅರ್ಜಿದಾರರ ಭಾವಚಿತ್ರ (1)	ಅವಲಂಬಿತ ಸದಸ್ಯರ ಭಾವಚಿತ್ರ (2)	ಅವಲಂಬಿತ ಸದಸ್ಯರ ಭಾವಚಿತ್ರ (3)	ಅವಲಂಬಿತ ಸದಸ್ಯರ ಭಾವಚಿತ್ರ (4)	ಅವಲಂಬಿತ ಸದಸ್ಯರ ಭಾವಚಿತ್ರ (5)
6).............................	7).............................	8).............................	9).............................	10).............................
ಕುಟುಂಬದ ಪ್ರ. ಅರ್ಜಿದಾರರ ಭಾವಚಿತ್ರ (6)	ಅವಲಂಬಿತ ಸದಸ್ಯರ ಭಾವಚಿತ್ರ (7)	ಅವಲಂಬಿತ ಸದಸ್ಯರ ಭಾವಚಿತ್ರ (8)	ಅವಲಂಬಿತ ಸದಸ್ಯರ ಭಾವಚಿತ್ರ (9)	ಅವಲಂಬಿತ ಸದಸ್ಯರ ಭಾವಚಿತ್ರ (10)

ಮೇಲೆ ನಮೂದಿಸಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯಂತೆ ಎಲ್ಲರೂ ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರಾಗಿರುತ್ತಾರೆಂದು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಡೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ. ನಾವು ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಪತ್ರದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾದಂತಹ/ವಾಗುವ ಯಶಸ್ವಿನಿ ಯೋಜನೆಯ ನೆಟ್‌ವರ್ಕ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಗುರುತಿಸಿದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯ ವಾರ್ಡ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಪಡೆಯಲು ಮಾತ್ರ ಅರ್ಹವಿರುತ್ತೇವೆಂದು ತಿಳಿದಿರುತ್ತೇನೆ. ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಸೌಲಭ್ಯಪಡೆಯಲು ಅನುಸರಿಸಬೇಕಾದ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಪಡೆದಿರುತ್ತೇನೆ.

ಪ್ರಧಾನ ಅರ್ಜಿದಾರನ ಸಹಿ

ರಶೀಧಿ ಸಂಖ್ಯೆ:__________ ದಿನಾಂಕ_____________ ಸದಸ್ಯರಿಂದ ರೂ. ______________ಗಳನ್ನು ಯಶಸ್ವಿನಿ ಯೋಜನೆಗೆಂದು ಹಾಗೂ ರೂ. ________ಗಳನ್ನು ಸಂಘದ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನವೆಂದು ಒಟ್ಟು ಮೊತ್ತ ರೂ. _________ಗಳನ್ನು ಮೇಲೆ ನಮೂದಿಸಿರುವ ಸದಸ್ಯರಿಂದ ಸ್ವೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಒಟ್ಟು ಸದಸ್ಯರ ಸಂಖ್ಯೆ; **[ಸಂಘದ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ/ಮ್ಯಾನೇಜರ್‌ರವರಸಹಿ–ತಪಶೀಲು ಮುದ್ರೆಯೊಂದಿಗೆ]**

ಷರತ್ತುಗಳು ಮತು ನಿಬಂಧನೆಗಳು

1. ನೋಂದಣಿ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಿರುವ ಪ್ರಕಾರ ಕ್ರಮವಾಗಿ ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರುಗಳನ್ನು ಚಾಚೂ ತಪ್ಪದೇ ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು, ತಪ್ಪುಗಳಾದಲ್ಲಿ ಅರ್ಜಿದಾರರೇ ಜವಾಬ್ದಾರರಾಗುತ್ತಾರೆ ಅಥವಾ ಈ ರಶೀದಿಯನ್ನು ಮಾನ್ಯ ಮಾಡಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ.
2. ವಂತಿಗೆ: ಯೋಜನೆಯ ಸದಸ್ಯರಾಗಲು ಗ್ರಾಮೀಣ ಸಹಕಾರ ಸಂಘಗಳ/ಸ್ವ-ಸಹಾಯ ಗುಂಪುಗಳ ಗರಿಷ್ಠ ನಾಲ್ಕು ಸದಸ್ಯರ ಕುಟುಂಬ ಒಂದಕ್ಕೆ ವಾರ್ಷಿಕ ರೂ.500/-ಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ನಗರ ಸಹಕಾರ ಸಂಘಗಳ ಗರಿಷ್ಠ ನಾಲ್ಕು ಸದಸ್ಯರ ಕುಟುಂಬ ಒಂದಕ್ಕೆ ವಾರ್ಷಿಕ ರೂ.1,000/-ಗಳನ್ನು ಯಶಸ್ವಿನಿ ಯೋಜನೆಗೆ ಪಾವತಿಸಿ ಸದಸ್ಯತ್ವ ಪಡೆಯಬಹುದು. ಈ ಪೈಕಿ ಪ್ರತಿ ಕುಟುಂಬದ ಕಾರ್ಡಿಗೆ ರೂ.10/-ಗಳನ್ನು ಸಹಕಾರ ಸಂಘದ ಸಾದಿಲ್ವಾರು ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಯಶಸ್ವಿನಿ ಸದಸ್ಯರನ್ನು ನೊಂದಾಯಿಸಲು ಶ್ರಮಿಸಿದವರಿಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನವಾಗಿ ಸಹಕಾರ ಸಂಘ/ಸಂಸ್ಥೆಯು ಇಟ್ಟುಕೊಂಡು ಉಳಿದ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಹಣ ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ 15 ದಿನಗೊಳಗಾಗಿ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಜಿಲ್ಲಾ ಸಹಕಾರಿ ಬ್ಯಾಂಕುಗಳಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವಿನಿ ಟ್ರಸ್ಟ್ ಖಾತೆಗೆ ವರ್ಗಾಯಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
3. ಈ ವರ್ಷದ ಯೋಜನೆಯ ಅವಧಿಯು ದಿ:01-01-2023 ರಿಂದ ದಿ:31-12-2023ಕ್ಕೆ ಮುಕ್ತಾಯವಾಗುತ್ತದೆ.
4. ಪರಿಶಿಷ್ಠ ಜಾತಿ/ಪಂಗಡದವರಾದರೆ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ರಶೀದಿ ಹಾಕಿ ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಹಣ ಪಾವತಿಸಿದಂತೆ ಜಮಾ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿ ನಗದು ಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿ ವಿವರ ಬರೆದು ದಿನಾಂಕ ನಮೂದಿಸಿ ಎಲ್ಲರ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಸರ್ಕಾರಕ್ಕೆ ಕಳುಹಿಸಬೇಕು.
5. ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಡುದಾರರು ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರ ಪಾಸ್‌ಪೋರ್ಟ್ ಅಳತೆಯ ಬಣ್ಣದ ಭಾವಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ಅಂಟಿಸಬೇಕು. ಹೀಗೆ ಅಂಟಿಸಿದ ಭಾವಚಿತ್ರಗಳ ಮೇಲೆ ಹೆಸರು ನಮೂದಿಸಬೇಕು.
6. ಯಶಸ್ವಿನಿ ಯೋಜನೆಯು ವಿಮಾ ಯೋಜನೆ ಆಗಿರುವುದಿಲ್ಲ ಹಾಗೂ IRDA ಕಾನೂನು ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಒಳಪಡುವುದಿಲ್ಲ.