

मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि से सहायता के लिए आवेदन पत्र का प्रारूप

प्रति,

स्वास्थ्य आयुक्त एवं सचिव,
राज्य बीमारी सहायता कोष,
कक्ष क्रमांक – 8 पाँचवीं मंजिल, "घ",
सतपुड़ा भवन, भोपाल,

द्वारा :- कलेक्टर, जिला (मध्यप्रदेश)

विषय :- राज्य बीमारी सहायता निधि से गरीबी की रेखा के नीचे जीवन-यापन करने वाले परिवारों को सहायता।

- 1 – रोगी का नाम –
- 2 – आयु –
- 3 – पिता/पति का नाम –
- 4 – व्यवसाय –
- 5 – परिवार के सदस्य क्या व्यवसाय करते हैं –
तथा उनकी अलग-अलग वार्षिक आय
- 6 – परिवार की कुल आय –
- 7 – निवास स्थान/मकान नं.-
गृह एवं वार्ड क्रमांक ग्राम/नगर
तहसील जिला (म.प्र.)
- 8 – बीमारी जिसका इलाज करना है
- 9 – चिकित्सा संस्था जहाँ इलाज कराना है (1)
(प्राथमिकता के आधार पर संस्थान का (2)
नाम एवं पूर्ण पता लिखा जाये) (3)
- 10 – अभी तक किस चिकित्सक/संस्थान में (1)
इलाज प्राप्त किया है (2)
(संक्षिप्त ब्यौरा दें) (3)
- 11 – अभी तक चिकित्सा पर कितना व्यय किया जा चुका है

सत्यापन

मैं/हम सत्य निष्ठा से घोषणा करता हूँ/करते हैं कि आवेदन-पत्र में उपरोक्त समस्त विवरण मेरी/हमारी जानकारी के अनुसार पूर्णतः सत्य हैं और कुछ भी छिपाया नहीं गया है।

स्थान :-

दिनांक :-

आवेदक के हस्ताक्षर
(अंगूठा निशानी यदि अनपढ़ हो)

गवाह के नाम, पता एवं हस्ताक्षर

(अनपढ़ आवेदक के मामले में)

इलाज करने वाले चिकित्सक का प्रमाण-पत्र

प्रमाण-पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/कु./श्रीमति

पिता/पति निवासी ग्राम/नगर

तहसील जिला का मेरे द्वारा

(बीमारी का नाम) का इलाज दिन/मास/वर्ष से किया जा रहा है।

स्थान :-

दिनांक :-

चिकित्सक का नाम, पंजीयन क्रमांक
एवं पूर्ण पता

भाग – 2

जिला कार्यालय द्वारा की जाने वाले कार्यवाही
आवेदक के मूल निवासी एवं गरीबी रेखा के नीचे जीवन-यापन करने बावत् प्रमाण – पत्र

प्रमाण – पत्र

- 1 – प्रमाणित किया जाता है कि श्री/कु./श्रीमति
पिता/पतिग्राम/नगर/मकान नं.
तहसीलजिला मध्यप्रदेश राज्य के मूल निवासी हैं और आवेदक द्वारा
आवेदन पत्र में उल्लेखित उपरोक्त विवरण की प्रारंभिक जाँच से यह संतुष्टि कर ली गई है कि आवेदक गरीबी
रेखा के नीचे जीवन-यापन करने वाले परिवार का सदस्य है।
- 2 – आवेदन श्री/कु./श्रीमति पिता/पत्नि
मकान नं./ग्राम/नगर तहसील जिला
का नाम ग्राम पंचायत/नगर पंचायत/नगर पालिका/नगर निगम
में गरीबी रेखा से नीचे जीवन-यापन करने वाले परिवारों के रजिस्टर में क्रमांक पर दर्ज है।

(उपर्युक्त प्रमाण – पत्र जिलाध्यक्ष द्वारा स्वयं हस्ताक्षरित किया जायेगा और ऐसा न होने पर आवेदन
मान्य नहीं किया जा सकेगा)

जिलाध्यक्ष के हस्ताक्षर,
जिला (म.प्र.)

जिलाध्यक्ष द्वारा प्रमाण-पत्र हस्ताक्षरित होने पर आवेदक को सिविल सर्जन जिला अस्पताल के पास
भेजा जायेगा जो आवेदक का परीक्षण करके निम्नलिखित प्रमाण-पत्र अंकित करेगा।

भाग – 3
(सिविल सर्जन का प्रमाण-पत्र)

जिलाधीश जिलाके पत्र क्रमांक के संदर्भ में
प्राप्त आवेदन-पत्र में दर्ज रोगी श्री/कु./श्रीमति
पिता/पति उम्र निवासी ग्राम/नगर/
मकान नं. तहसील जिला का परीक्षण मेरे
द्वारा डॉ. विशेषज्ञ की सहायता से किया गया है। मैं संतुष्ट हूँ कि रोगी श्री/कु./
श्रीमति रोग का नाम से पीड़ित है
और समुचित इलाज हेतु चिकित्सालय भेजना प्रस्तावित है। रोगी की दशा एवं पूर्ण इलाज
का ब्यौरा निम्नलिखित है।

रोग के इलाज पर होने वाला अनुमानित व्यय होगा।

दिनांक :-

सिविल सर्जन के हस्ताक्षर
विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
(साफ-साफ शब्दों में)

चेक लिस्ट –

- | |
|--|
| 1 – गरीबी रेखा के नीचे जीवन-यापन करने का प्रमाण पत्र जिलाध्यक्ष द्वारा हस्ताक्षरित है/नहीं |
| 2 – सिविल सर्जन द्वारा रोग का प्रमाण पत्र संलग्न है/नहीं |
| 3 – अस्पताल का नाम जहाँ इलाज किया जाना है एवं इलाज पर होने वाला व्यय का प्राक्कलन संलग्न है/नहीं |

उपरोक्त प्रमाणीकरण 3 प्रतियों में दिया जावे। एक प्रति जिलाधीश को, दूसरी रोगी को व तीसरी प्रति बोर्ड के रिकार्ड में रखी जावे।

नोट :- सिविल सर्जन द्वारा प्रमाण – पत्र हस्ताक्षरित होने पर आवेदन – पत्र आवेदक द्वारा स्वयं/पत्र-वाहक के साथ डाक द्वारा स्वास्थ्य आयुक्त एवं सचिव, राज्य बीमारी सहायता कोष, संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र. 5वीं मंजिल, पश्चिम खण्ड 'घ' सतपुड़ा भवन, भोपाल को प्रस्तुत किया जाये।