



मध्य प्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि से सहायता
के लिये आवेदन पत्र का प्रारूप

प्रति,

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
जिला.....
मध्य प्रदेश।

सत्यापित फोटो

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

1. रोगी का नाम
2. आयु
3. पिता/पति का नाम
4. जाति-.....(अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/पिछडा वर्ग/सामान्य)
5. व्यवसाय
6. परिवार की कुल आय
7. निवास स्थान/मकान नं.....
वार्ड क्रमॉक.....ग्राम/नगर.....
तहसील..... जिला मध्य प्रदेश।
पिन कोड क्रमॉक
8. बीमारी का नाम जिसका इलाज कराना है
9. मान्यता प्राप्त चिकित्सा संस्था जहां इलाज कराना है का नाम एवं प्राक्कलन

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 कुल भी छिपाया नहीं गया है।

स्थान :-

दिनांक :-

आवेदक के हस्ताक्षर

(अंगूठा निशानी यदि अनपढ हो)

भाग-2

जिला कार्यालय द्वारा की जाने वाली कार्यवाही
आवेदक के मूल निवासी एवं गरीबी रेखा के नीचे जीवन-यापन करने

बाबत प्रमाण-पत्र ।

प्रमाण-पत्र

1. प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कु.
..पिता/पति..... मकान नं.वार्ड क्रमांक.....
मोहल्ला/नगर/ग्राम..... तहसील.....
जिलामध्य प्रदेश राज्य के मूल निवासी हैं और आवेदक द्वारा 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 हैं ।

2. आवेदक श्री/श्रीमती/कु.पिता/पति.....
मकान नं.वार्ड क्रमांक..... मोहल्ला/नगर/ग्राम.....
तहसील..... जिलामध्य प्रदेश का नाम ग्राम
पंचायत/नगर पंचायत/नगर निगम/नगर पालिका
.....में गरीबी रेखा के नीचे जीवन-यापन करने वाले परिवारों के रजिस्ट्रर में क्रमांकपर
दर्ज हैं ।

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

जिलाध्यक्ष के हस्ताक्षर
एवं कार्यालय मुद्रा/सील

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)

जिलाध्यक्ष जिला.....के पत्र.....
.....के संदर्भ में प्राप्त आवेदन-पत्र में दर्ज रोगी श्री/श्रीमती/कु.
उम्र.....पिता/पति..... मकान नं.वार्ड क्रमांक.....
... मोहल्ला/नगर/ग्राम..... तहसील..... जिला
.....मध्य प्रदेश का परीक्षण मेरे द्वारा डॉ0/विशेषज्ञ.....
.....से किया गया। मैं संतुष्ट हूँ कि रोगी श्री/श्रीमती/कु.....
.....रोगा नाम से
पीडित हैं और समुचित इलाज हेतु
चिकित्सालय भेजना प्रस्तावित हैं। रोगी की दशा एवं पूर्ण इलाज का ब्यौरा निम्नालिखित हैं।
.....
.....रोग के इलाज पर होने वाला व्यय मान्यता प्राप्त चिकित्सालय द्वारा निर्धारित दर अनुसार
राशि रूपये होगा।

दिनांक :-

सिविल सर्जन के हस्ताक्षर
विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
एवं कार्यालय की मुद्रा/सील

चैक लिस्ट-

1. गरीबी रेखा के नीचे जीवन-यापन करने का प्रमाण पत्र जिलाध्यक्ष द्वारा हस्ताक्षरित हैं/नहीं
2. सिविल सर्जन द्वारा रोग का प्रमाण पत्र प्रमाणित हैं/नहीं
3. मान्यता प्राप्त अस्पताल का नाम जहाँ इलाज किया जाना है एवं इलाज पर होने वाले व्यय का प्राक्कलन संलग्न हैं/नहीं

उपरोक्त प्रमाणीकरण 3 प्रतियों में दिया जावे। एक प्रति जिलाध्यक्ष को, दूसरी रोगी का एवं तीसरी प्रति बोर्ड के रिकार्ड में रखी जावें।