

सीएम हेल्पलाईन कॉल सेन्टर के साफ्टवेयर हेतु जानकारी
विभाग का नाम :- संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश,

अस्पताल प्रशासन शाखा

प्रपत्र-1

क्र.	सेवा का नाम	सेवा का संक्षिप्त विवरण	सेवा का लाभ उठाने के लिये पात्रता की शर्त व आवेदन का प्रारूप	सेवा का लाभ उठाने की संक्षिप्त प्रक्रिया	आवेदन के साथ संलग्न किये जाने वाले आवश्यक दस्तावेज	सेवा के तहत लाभ स्वीकृत करने वाले/ सहायता पहुँचाने वाले/सक्षम अधिकारी/संपर्क अधिकारी का पद नाम	कार्यालय का नाम	आवेदन पत्र का शुल्क
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	विकलांगता प्रमाण-पत्र	समय-सीमा में निःशक्त जन (विकलांग) व्यक्ति को विकलांगता प्रमाण-पत्र उपलब्ध कराना।	आवेदन संलग्न निर्धारित प्रारूप" परिशिष्ट-1" में दिया गया है।	यह सेवा आवेदन प्राप्त होने की तिथी से 15 कार्य दिवस के अंदर की जायेगी।	जिले का निवासी होने संबंधी प्रमाण-पत्र हेतु निम्नालिखित में एक राशनकार्ड, मतदाता पहचान-पत्र ड्रायविंग लायसेंस बैंक पासबुक पासपोर्ट, आधार कार्ड, दूरभाष/बिजली का बिल/ पानी या उपयोगिता संबंधित	प्रभारी चिकित्सा अधिकारी या उसके द्वारा नामनिर्दिष्ट चिकित्सा अधिकारी/ सिविल सर्जन	जिला चिकित्सालय सिविल चिकित्सालय सामु. स्वा.केन्द्र / प्राथ.स्वा.केन्द्र / सिविल डिस्पेंसरी	रूपये 30
2	आयु का चिकित्सीय सत्यापन सेवा	कोई भी नागरिक जिसके पास उसके जन्म का प्रमाण-पत्र नहीं है।	आवेदन का प्रारूप परिशिष्ट-2 पर संलग्न	यह सेवा आवेदन प्राप्त होने की तिथी से 30 कार्य दिवस के अंदर की जायेगी।	जिले का निवासी होने संबंधी प्रमाण-पत्र हेतु निम्नालिखित में एक राशनकार्ड, मतदाता पहचान-पत्र, बैंक पासबुक, आधार कार्ड, ग्राम पंचायत नगरीय निकाय,छावनी बोर्ड किसी राजपत्रित अधिकारी या शासकीय विद्यालय के प्रधानाध्यापक द्वारा जारी प्रमाण पत्र	सिविल सर्जन	सिविल सर्जन कार्यालय	रूपये 30
3	निःशुल्क भोजन	शासकीय स्वास्थ्य संस्थाओं में भर्ती मरीजों को निःशुल्क भोजन उपलब्ध कराना	आवेदन की आवश्यकता नहीं है।	भर्ती होने के बाद दिया जाने बाद का भोजन	कोई दस्तावेज प्रस्तुत करने की आवश्यकता नहीं है।	जिला अस्पताल— सिविल सर्जन सिविल अस्पताल - संस्था प्रभारी/अधीक्षक सामु.स्वा.केन्द्र / प्राथ. स्वा.केन्द्र-बी.एम.ओं	सिविल सर्जन कार्यालय अधीक्षक सिविल चिकित्सालय बी.एम.ओं कार्यालय बी.एम.ओं कार्यालय	निःशुल्क

**सीएम हेल्पलाईन कॉल सेन्टर के साफ्टवेयर हेतु जानकारी
विभाग का नाम :- संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश,**

अस्पताल प्रशासन शाखा

प्रपत्र-2

क्र.	शिकायत या समस्या का स्वरूप	शिकायत या समस्या का निराकरण करने वाले अधिकारी का पदनाम	कार्यालय का नाम	प्रथम स्तर पर निर्धारित समय-सीमा	समय-सीमा पर निराकरण न होने पर जिस परिष्ठ अधिकारी को शिकायत प्रेषित की जाये उसका पद नाम	कार्यालय का नाम	द्वितीय स्तर पर निर्धारित समय सीमा	द्वितीय स्तर पर भी समय-सीमा पर कार्यवाही न होने पर जिस अधिकारी को शिकायत प्रेषित की जाये उसका पद नाम	कार्यालय का नाम	तृतीय स्तर पर निर्धारित समय-सीमा
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	विकलांकता प्रमाण-पत्र	सिविल सर्जन	सिविल सर्जन का कार्यालय	15 दिन	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी।	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी कार्यालय	15 दिन	संभागीय संयुक्त संचालक स्वास्थ्य सेवायें	संभागीय संयुक्त संचालक स्वास्थ्य सेवायें कार्यालय	15 दिन
2	आयु का चिकित्सीय सत्यापन सेवा	सिविल सर्जन	सिविल सर्जन कार्यालय	30 दिन	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी।	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी कार्यालय	15 दिन	संभागीय संयुक्त संचालक स्वास्थ्य सेवायें	संभागीय संयुक्त संचालक स्वास्थ्य सेवायें कार्यालय	15 दिन
3	निःशुल्क भोजन	जिला अस्पताल— सिविल सर्जन सिविल अस्पताल— संस्था प्रभारी/अधीक्षक सामु.स्वा.केन्द्र / प्राथ. स्वा.केन्द्र—बी.एम.ओं	सिविल सर्जन कार्यालय अधीक्षक सिविल चिकित्सालय बी.एम.ओं कार्यालय बी.एम.ओं कार्यालय	भर्ती होने के बाद दिया जाने वाला भोजन	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी।	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी कार्यालय	भर्ती होने के बाद दिया जाने वाला भोजन	संभागीय संयुक्त संचालक स्वास्थ्य सेवायें	संभागीय संयुक्त संचालक स्वास्थ्य सेवायें कार्यालय	भर्ती होने के बाद दिया जाने वाला भोजन

(12.2) विकलांगता प्रमाण-पत्र (चिकित्सीय) दिया जाना

आवेदन-पत्र

रजिस्ट्रेशन नम्बर:.....

आवेदक की स्वयं सत्यापित फोटो

.....

विषय:- निःशक्त व्यक्तियों द्वारा निःशक्तता प्रमाण पत्र प्राप्त करने के लिए आवेदन।

1. निःशक्त व्यक्ति का पूरा नाम
2. पिता/पति का नाम
3. माता का नाम
4. जन्मतिथि (DD/MM/YYYY)
5. आवेदन के समय आयु (वर्ष में)
6. लिंग
7. जाति (अनुसूचित जाति/जनजाति/अन्य पिछड़ावर्ग/सामान्य)
8. पता:-
 - (क) स्थायी पता
 - (मकान क्र.वार्ड/गोंव/गली,डाकघर, जिला इत्यादि विवरण अवश्य दें)
 - (ख) वर्तमान पता (पत्र व्यवहार आदि के लिए)
 - (ग) मोबाईल/दूरभाष नं :
 - (घ) आधार कार्ड (यदि हो तो)
9. शैक्षणिक योग्यता
10. व्यवसाय
11. निःशक्तता की प्रकृति
 - (अ) अस्थिबाधित (चलन)
 - (ब) दृष्टिबाधित
 - (स) मूक बधिर

(द) मानसिक

(इ) अन्य निःशक्तता की प्रकृति का विवरण

12. निःशक्तता होने की कालावधि (कितने वर्ष से)

13. क्या आपने पूर्व में निःशक्तता प्रमाण-पत्र के लिए आवेदन किया है ? यदि हाँ तो ब्यौरा दें।.....
.....

14. क्या पूर्व में आपको कोई निःशक्तता प्रमाण पत्र जारी किया गया है? यदि हाँ तो

कृपया सत्यापित प्रति संलग्न करें।

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि उपरोक्त कथित सभी प्रविष्टियों मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य है और कोई भी तथ्यात्मक जानकारी छुपाई नहीं गई या असत्य कथन नहीं किया गया है। मैं यह भी कथन करता हूँ/करती हूँ कि यदि आवेदन में कोई असत्य जानकारी पाई जाती है तो, मैं लिए गये किसी भी प्रकार के लाभ को वापिस कर दूँगा/दूँगी एवं मेरे विरुद्ध कानूनी कार्यवाही के लिए जिम्मेदार रहूँगा/रहूँगी।

स्थान.....

आवेदक के हस्ताक्षर

दिनांक.....

(अँगूठा निशानी यदि अनपढ़ हो तो)

परिशिष्ट-1

आवेदन पत्र

रजिस्ट्रेशन नं.....

दिनांक.....

प्रति,

संचालक,
लोक सेवा कन्द्र
जिला.....

फोटो

विषय:- आयु का प्रमाण-पत्र जारी करने के संबंध में।

महोदय,

मुझे आयु का प्रमाण-पत्र जारी करने का कष्ट करें।

- नाम.....
- पिता/पति का नाम.....
- उम्र.....
- लिंग.....
- स्थाई पता.....
- मोबाईल नं.....
- संलग्न दस्तावेज.....

हस्ताक्षर आवेदक