

मध्यप्रदेश शासन
लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग
मंत्रालय

भोपाल, दिनांक २५/१२/१३

क्रमांक एफ १०-१५/२०१३/१७/११.२

प्रति,

स्वास्थ्य आयुक्त, संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ,
समस्त संभागीय संयुक्त संचालक, स्वास्थ्य सेवाएँ,
समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
मध्यप्रदेश।

विषय:- मध्यप्रदेश लोक सेवाओं के प्रदान की गारंटी अधिनियम २०१० के अंतर्गत लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग की सेवा क्रमांक १२.१ -राज्य बीमारी सहायता निधि के अंतर्गत जिला व संभाग स्तर से प्रकरण स्वीकृत किया जाना।

संदर्भ:- लोक सेवा प्रबंधन विभाग की अधिसूचना क्रमांक एफ २-१३/२०१२/६१/लोसेप्र/पी.एस.जी. -१२, दिनांक १७ जून २०१३।

--००--

१. सेवा का उद्देश्य- इस सेवा का उद्देश्य प्रदेश के गरीबी रेखा के नीचे जीवन यापन करने वाले परिवारों के सदस्यों को चिन्हित २० गंभीर बीमारी से पीड़ित होने पर उनके जीवनकाल में केवल एक बार चिकित्सा सहायता प्रदान करना है।
२. पदाभिहित अधिकारी एवं समय-सीमा- इस सेवा के लिये मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, अपने कार्यक्षेत्र में पदाभिहित अधिकारी होंगे। सहायता राशि एवं सेवा प्रदान करने की अवधि निम्नानुसार होगी:-

क.	सहायता राशि	पदाभिहित अधिकारी	सेवा प्रदान करने की अवधि
१२.१	रु. २५००० से रु. १.०० लाख	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी	१० कार्य दिवस
१२.१	रु. १.०० लाख से अधिक एवं रु. २.०० लाख तक	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी	२० कार्य दिवस

३. आवेदन का प्रारूप- आवेदन संलग्न निर्धारित प्रारूप "परिशिष्ट -१" में दिया जावेगा।

४. पात्रता की आवश्यक शर्तें:-

- ४.१ आवेदक/रोगी म०प्र० का निवासी होकर गरीबी रेखा के नीचे जीवन यापन करने वाले परिवार का सदस्य होना चाहिये।
- ४.२ आवेदक उसी जिला/क्षेत्र का निवासी हो।
- ४.३ चिन्हित बीमारियों से ग्रसित होने पर।

5. आवश्यक दस्तावेज— आवेदक को आवेदन पत्र के साथ निम्न दस्तावेज संलग्न करना होंगे:—
 - 5.1 शासन द्वारा मान्यता प्राप्त चिकित्सालय का प्राक्कलन (एस्टीमेट)।
 - 5.2 गरीबी रेखा के नीचे जीवनयापन करने का प्रमाण—पत्र (परिवार सूची सहित)— ग्रामीण क्षेत्र के लिए मुख्य कार्यपालन अधिकारी, जनपद पंचायत द्वारा/शहरी क्षेत्र में नगरपालिका/नगर परिषद के क्षेत्र में मुख्य नगर पालिका अधिकारी एवं नगर निगम क्षेत्र में आयुक्त द्वारा अधिकृत अधिकारी।
 - 5.3 हाल ही के पासपोर्ट के 02 रंगीन फोटोग्राफ।
6. पदाभिहित अधिकारी के कार्यालय में आवेदन प्रस्तुत करने की स्थिति में निम्नानुसार कार्यवाही की जायेगी:—
 - 6.1 सेवा प्राप्त करने के लिये कडिका 3 में बताये अनुसार संलग्न प्रारूप एवं कडिका-5 में दर्शाये अनुसार आवश्यक दस्तावेजों सहित आवेदन रोगी द्वारा स्वयं अथवा अपने परिजन द्वारा पदाभिहित अधिकारी (मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी) के कार्यालय में प्रस्तुत किया जायेगा।
 - 6.2 आवेदक को आवेदन प्रस्तुत करने पर आवेदन प्रस्तुति की अभिस्वीकृति लोक सेवा प्रदाय की गारंटी अधिनियम की धारा-5 (1) के अंतर्गत "परिशिष्ट -2" पर संलग्न प्रारूप में दी जावेगी।
 - 6.3 पूर्ण आवेदन प्रस्तुत करने की स्थिति में पावती में निराकरण की समय-सीमा का उल्लेख किया जावेगा और यदि आवेदन अपूर्ण हैं तो समय-सीमा का उल्लेख नहीं किया जायेगा परंतु जो आवश्यक दस्तावेज संलग्न नहीं किये गये हैं उनका उल्लेख अभिस्वीकृति में किया जावेगा।
 - 6.4 आवेदन लेते समय आवेदक का मोबाईल नम्बर का उल्लेख भी कराया जावे ताकि आवश्यकतानुसार एसएमएस अलर्ट किया जा सके।
 - 6.5 आवेदन का पंजीयन लोक सेवाओं के प्रदान की गारंटी (आवेदन, अपील, पुनरीक्षण, शास्ति की वसूली, प्रतिकर का भुगतान) अधिनियम 2010 के नियम-16 में निर्धारित पंजी में संलग्न "परिशिष्ट -3" में किया जायेगा। एक ही आवेदन का पृथक-पृथक पंजीयों में इन्द्राज आवश्यक नहीं होगा।
 - 6.6 संबंधित पदाभिहित अधिकारी द्वारा निर्धारित प्रक्रिया का पालन कर निर्धारित समय-सीमा में आवेदन का निराकरण किया जावेगा।
 - 6.7 आवेदन पत्र अस्वीकृत करने की स्थिति में भी सूचना कारण सहित आवेदक को लिखित में दी जावेगी।
7. लोक सेवा केन्द्र में आवेदन प्रस्तुत करने की स्थिति में निम्नानुसार कार्यवाही की जायेगी:—
 - 7.1 साफ्टवेयर पर ऑनलाईन आवेदन दर्ज किया जाएगा एवं साफ्टवेयर में कडिका-5 में बताये अनुसार आवश्यक दस्तावेजों को स्कैन कर आवेदन के साथ अपलोड किया जाएगा। दस्तावेज अपलोड करने के पूर्व उस लोक सेवा केन्द्र के ऑपरेटर द्वारा दस्तावेज पर डिजिटल हस्ताक्षर किया जायेगा।

- 7.2 आवेदन प्राप्त करते समय आवेदक का गोवाईल नम्बर एवं ई-मेल आईडी आवेदक के पास होने की स्थिति में आवश्यक रूप से लिया जावे।
- 7.3 इस सेवा के लिये आवेदन की हार्डकॉपी की आवश्यकता नहीं है। अतः पदाभिहित अधिकारी द्वारा आवेदन की हार्डकॉपी संकलित नहीं की जायेगी परंतु आवेदक के संबंध में होने वाले विवाद के निराकरण के लिये लोक सेवा केन्द्र द्वारा आनलाईन जमा किए गए आवेदन पत्र की हार्डकॉपी निकालकर उस पर आवेदक के हस्ताक्षर लेकर आवेदन की हार्डकॉपी तैयार कर तीन माह तक सुरक्षित रखी जायेगी तत्पश्चात् उसे विनिष्ट किया जायेगा।
- 7.4 ऑनलाईन आवेदन जमा होने के साथ ही साफ्टवेयर से आवेदन की पावती तैयार होगी। पूर्ण आवेदन जमा होने की स्थिति में पावती में निराकरण की समय-सीमा साफ्टवेयर द्वारा अंकित होगी। अपूर्ण आवेदन की स्थिति में पावती में छूट गये दस्तावेजों का उल्लेख होगा। आवेदन जमा होने के बाद पावती पर ऑपरेटर द्वारा हस्ताक्षर कर आवेदक को दी जायेगी।
- 7.5 लोक सेवा केन्द्र पर आवेदन की ऑनलाईन पावती जमा होते ही आवेदन संबंधित पदाभिहित अधिकारी के एकाउन्ट में ऑनलाईन उपलब्ध हो जाएगा।
- 7.6 पदाभिहित अधिकारी ऑनलाईन आवेदन के आधार पर निर्धारित प्रक्रिया का पालन कर यथाशीघ्र समय सीमा में आवेदन का निराकरण करेगा।
- 7.7 सेवा प्रदाय करने के लिए "परिशिष्ट-4" पर संलग्न प्रारूप अनुसार स्वीकृति आदेश पर स्याही से हस्ताक्षर की आवश्यकता नहीं है। अतः पदाभिहित अधिकारी को स्याही से हस्ताक्षरित स्वीकृति आदेश लोक सेवा केन्द्र पर भेजने की आवश्यकता नहीं है। लोक सेवा केन्द्र संचालक पदाभिहित अधिकारी के डिजिटल हस्ताक्षर से जारी स्वीकृति आदेश की प्रति साफ्टवेयर से प्रिन्टआउट निकालकर आवेदक को उपलब्ध करायेगा।
- 7.8 यदि बजट के अभाव में चैक जारी किया जाना अथवा ई-ट्रांसफर किया जाना संभव नहीं है तो इस बात का उल्लेख कर पत्र जारी किया जायेगा। इस तरह स्वीकृत आदेशों की एक सूची बनायी जायेगी तथा बजट आने पर क्रमानुसार राशि जारी की जावेगी।
- 7.9 यदि पदाभिहित अधिकारी यह पाता है कि कतिपय कारणों से स्वीकृति आदेश दिया जाना संभव नहीं है तो वह लिखित में कारण दर्शाते हुए आवेदन पत्र निरस्त करेगा एवं इसकी ऑनलाईन सूचना आवेदक को डिजिटल हस्ताक्षर के माध्यम से देगा।
- 7.10 लोक सेवा केन्द्र ऑपरेटर द्वारा सेवा प्रदाय अथवा प्रदाय न करने की सूचना संबंधी पत्र डिजीटली साईन डिपाजटरी (www.mpedistrict.gov.in) से प्रिन्टआउट निकालकर दिया जायेगा एवं प्रमाण-पत्र पर नीचे लिखा सत्यापन प्रमाण-पत्र हस्ताक्षर एवं मुद्रा सहित अंकित किया जावेगा-
- प्रमाणित किया जाता है कि इस पत्र का प्रिन्टआउट वेबसाईट (www.mpedistrict.gov.in) से मेरे द्वारा निकाला गया है।

हस्ताक्षर
लोक सेवा केन्द्र संचालक

8. आवेदन का निराकरण करने की प्रक्रिया:-

- 8.1 आवेदन पदाभिहित अधिकारी के कार्यालय में सीधे अथवा लोक सेवा केन्द्र में प्रस्तुत किया जा सकेगा।
- 8.2 पदाभिहित अधिकारी के कार्यालय में आवेदन कडिका-6 अनुसार एवं लोक सेवा केन्द्र में कडिका-7 अनुसार प्रस्तुत किये जायेंगे।
- 8.3 आवेदन पत्र प्राप्त होने पर पदाभिहित अधिकारी द्वारा आवेदन पत्र का परीक्षण किया जायेगा।
- 8.4 पदाभिहित अधिकारी (मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी) पात्रता अनुसार सहायता निधि के लिए निम्नानुसार कार्यवाही करेगा:-

1. आवेदन प्राप्त होने के पश्चात् आवेदन के भाग 2 (संलग्न परिशिष्ट 1) में आवश्यक परीक्षण कर मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी स्वयं या सिविल सर्जन या किसी विशेषज्ञ से अनुशंसा प्राप्त करेंगे तत्पश्चात् निम्न लिखित अनुसार कार्यवाही की जावेगी -

(I) रु. 25000 से रु. 1.00 लाख तक के प्रकरण में- आवेदक द्वारा बीमारी के इलाज के लिये प्राक्कलन संलग्न किया गया है तो उसका परीक्षण कर एवं कडिका-8.4.1 में संबंधित बीमारी के चिकित्सा विशेषज्ञ द्वारा की गई जांच के आधार पर प्रकरण पर जिला कलेक्टर से अनुमोदन लिया जायेगा। तत्पश्चात् संबंधित संस्था को उपचार के लिये राशि हेतु चेक सहित स्वीकृति आदेश भेजा जायेगा। आदेश एवं संबंधित संस्था को चेक भेजने की जानकारी आवेदक को दी जावेगी। यह सम्पूर्ण कार्यवाही निर्धारित समय अवधि (10 कार्य दिवस) में सम्पन्न की जावेगी।

(II) रु. 1.00 लाख से अधिक एवं रु. 2.00 लाख तक के प्रकरण में- आवेदक द्वारा बीमारी के इलाज के लिये प्राक्कलन संलग्न किया गया है तो उसका परीक्षण कर एवं कडिका-8.4.1 में संबंधित बीमारी के चिकित्सा विशेषज्ञ द्वारा की गई जांच के आधार पर प्रकरण पर संभागीय संयुक्त संचालक के माध्यम से संभागीय आयुक्त से अनुमोदन लिया जायेगा। तत्पश्चात् संबंधित संस्था को उपचार के लिये राशि हेतु चेक सहित स्वीकृति आदेश भेजा जायेगा। आदेश एवं संबंधित संस्था को चेक भेजने की जानकारी आवेदक को दी जावेगी। यह सम्पूर्ण कार्यवाही निर्धारित समय अवधि (20 कार्य दिवस) में सम्पन्न की जावेगी।

2. रोगी की मॉग पर मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, जिला बीमारी सहायता निधि की स्वीकृत राशि में से रु. 2000/- रोगी के नाम परिवहन हेतु चेक द्वारा जारी की जायेगी।

8.5 यदि आवेदक राज्य बीमारी सहायता निधि के लिए पात्र नहीं पाया जाता है तो ऐसे आवेदन पत्र को स्पष्ट कारण दर्शाते हुए निरस्त करने के आदेश पदाभिहित अधिकारी द्वारा पारित किया जावेगा। यह कार्यवाही निर्धारित समय-सीमा के अंदर ही संपादित की जाएगी।

8.6 यदि आवेदक राज्य बीमारी सहायता निधि के लिए पात्र नहीं पाया जाता है तो ऐसे आवेदन पत्र को स्पष्ट कारण दर्शाते हुए निरस्त करने के आदेश पदाभिहित अधिकारी

द्वारा पारित किया जावेगा। यह कार्यवाही निर्धारित समय-सीमा के अंदर ही संपादित की जाएगी।

9. शुल्क- इस सेवा को प्राप्त करने के लिये कोई प्रशासनिक शुल्क देय नहीं है। लोक सेवा केन्द्र के माध्यम से आवेदन प्रस्तुत करने पर लोक सेवा केन्द्र के लिये निर्धारित आवेदन शुल्क केवल रु. 30/- जमा करना होगा।

10. पूर्व में जारी आदेश/ निर्देशों का निरसन/अधिक्रमण- परिपत्र क्रमांक एफ10-8/2011/17/मेडि-2 दिनांक 01.02.2012, एतद् द्वारा निरस्त किया जाता है।

11. अन्य महत्वपूर्ण बिन्दु- 11.1 समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी यथा संभव प्रतिदिन आनलाईन अकाउन्ट में लॉग-इन कर आवेदन की स्थिति का अवलोकन करेंगे एवं निर्धारित समयसीमा में निराकरण करायेगे। निर्धारित समयसीमा के अंतिम दिवस की प्रतीक्षा न करते हुए यथाशीघ्र निराकरण का प्रयास करेंगे, जिससे कोई भी आवेदन समयसीमा बाह्य लंबित न हो सके।

11.2 योजना की जानकारी बहुउद्देशीय स्वास्थ्य कार्यकर्ता, पर्यवेक्षक एवं आशा कार्यकर्ता द्वारा ग्राम अरोग्य केन्द्र स्तर तक दी जायें। आशा कार्यकर्ता एवं स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा योजना एवं चिन्हित 20 बीमारियों का प्रचार-प्रसार ग्राम अरोग्य केन्द्र स्तर तक किया जायें।

11.3 संभावित रोगियों को जिला अस्पताल हेतु रेफर किया जाए।

12. अपील-आवेदक निम्नांकित स्थितियों में अपील कर सकेगा :-

(1) आवेदन पत्र अमान्य किये जाने पर।

अथवा

(2) स्वीकृत उपचार राशि निर्धारित उपचार पैकेज / प्राक्कलन से कम होने पर।

अथवा

(2) निराकरण निर्धारित समय-सीमा में न होने पर।

अपील निम्नानुसार की जा सकेंगी-

(1) प्रथम अपील- प्रथम अपील संभागीय संयुक्त संचालक स्वास्थ्य सेवायें को होगी, जो 15 कार्य दिवसों में अपील का निराकरण करेंगे।

(2) द्वितीय अपील- प्रथम अपीलीय अधिकारी के आदेश के विरुद्ध द्वितीय अपील, आयुक्त स्वास्थ्य, संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें को प्रस्तुत की जाएगी, जो 15 कार्य दिवसों में अपील का निराकरण करेंगे।

सी.प्र.व.

मध्यप्रदेश शासन,

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

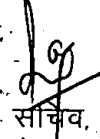
पृ०क्र०

प्रतिलिपि:-

०५ 10-15/2018/17/18

भोपाल, दिनांक 20/12/13

1. सचिव, मध्यप्रदेश शासन, मुख्यमंत्री कार्यालय, भोपाल।
2. सचिव, मध्यप्रदेश शासन, मुख्य सचिव कार्यालय, भोपाल।
3. प्रमुख सचिव, मध्यप्रदेश शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, भोपाल।
4. प्रमुख सचिव, मध्यप्रदेश शासन, लोक सेवा प्रबंधन विभाग, भोपाल।
5. समस्त संभागायुक्त, मध्यप्रदेश।
6. समस्त कलेक्टर, मध्यप्रदेश।
7. समस्त मुख्य कार्यपालन अधिकारी, जिला पंचायत, मध्यप्रदेश।
8. समस्त सिविल सर्जन सह अस्पताल अधीक्षक, मध्यप्रदेश।



सचिव

मध्यप्रदेश शासन

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

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

प्रति,

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
जिला..... मध्यप्रदेश।

रोगी की
सत्यापित फोटो

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. जाति (अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/पिछडा वर्ग/सामान्य)
5. व्यवसाय
7. निवास स्थान/मकान नं..... वार्ड/कमॉक..... ग्राम/नगर.....
तहसील..... जिला..... मध्यप्रदेश। पिन कोड कमॉक
- दूरभाष / मोबाईल नं.
8. आधार कार्ड नं. (यदि हो तो)
9. बीमारी का नाम जिसका इलाज कराना है
10. मान्यता प्राप्त चिकित्सा संस्था जहां इलाज कराना है का नाम एवं प्राक्कलन
.....
.....

संलग्न:-1. प्राक्कलन की प्रतिलिपि।

2. गरीबी रेखा प्रमाण-पत्र की सत्यापित प्रतिलिपि।

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 अनपढ हो)

(आवेदन-पत्र भाग-2)

जिला कार्यालय द्वारा की जाने वाली 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/श्रीमती/कु..... पिता/पति.....
मकान नं..... वार्ड क्रमांक..... मोहल्ला/नगर/ग्राम.....
..... तहसील..... जिला..... मध्यप्रदेश राज्य के मूल
निवासी है और आवेदक द्वारा पत्र में उल्लेखित उपरोक्त विवरण की प्रारंभिक जांच से यह
संतुष्टि कर ली गई है कि आवेदक गरीबी रेखा के नीचे जीवन यापन करने वाले परिवार का
सदस्य है।
2. आवेदक श्री/श्रीमती/कु..... पिता..... मकान नं.....
..... वार्ड क्रमांक..... मोहल्ला/नगर/ग्राम.....
..... तहसील..... जिला..... मध्यप्रदेश का नाम ग्राम पंचायत/नगर
पंचायत/नगर निगम/नगर पालिका..... में गरीबी रेखा के नीचे
जीवन यापन करने वाले परिवारों के रजिस्टर में क्रमांक..... पर दर्ज है।

ग्राभीण क्षेत्र के लिए मुख्य कार्यपालन
अधिकारी, जनपद पंचायत द्वारा / शहरी क्षेत्र में नगरपालिका / नगर परिषद के क्षेत्र में मुख्य
नगर पालिका अधिकारी एवं नगर निगम क्षेत्र में आयुक्त द्वारा अधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर
एवं कार्यालय मुद्रा/सील
जिला.....(म0प्र0)

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।

(सिविल सर्जन का प्रमाण-पत्र)

..... 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 मध्यप्रदेश का परीक्षण मेरे द्वारा / डॉ. / विशेषज्ञ
से किया गया। मैं संतुष्ट हूँ कि रोगी श्री / श्रीमती / कु रोग 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 व्यय, मान्यता प्राप्त चिकित्सालय
द्वारा निर्धारित दर अनुसार, राशि रुपये होगा।
दिनांक

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

मध्यप्रदेश लोक सेवाओं के प्रदान की गारंटी अधिनियम, 2010 नियम-5 (1) के अंतर्गत अभिस्वीकृति का प्रारूप

- पदाभिहित अधिकारी के कार्यालय का नाम एवं पता _____
1. आवेदक का नाम एवं पता _____
2. पदाभिहित अधिकारी के कार्यालय में आवेदन प्राप्ति का दिनांक _____
3. सेवा का नाम जिसके लिये आवेदन दिया गया है। _____
4. उन दस्तावेजों का विवरण जो सेवा प्राप्त करने के लिए आवश्यक हैं किन्तु आवेदन के साथ संलग्न नहीं किये गये हैं। _____
5. निश्चित की गई समय-सीमा की आखिरी तारीख _____

स्थान
दिनांक.....

प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर
नाम एवं पदनाम(मुद्रा सहित)

नोट- आवेदन के साथ समस्त दस्तावेज प्राप्त न होने की स्थिति में उपरोक्त बिन्दु-5 में उल्लेखित आखिरी तारीख नहीं दी जावेगी।

मध्यप्रदेश लोक सेवाओं के प्रदान की गारंटी अधिनियम, 2010 नियम 16 के अंतर्गत
पदाभिहित अधिकारी के कार्यालय में संधारित की जाने वाली पंजी का प्रारूप

पदाभिहित अधिकारी के कार्यालय का नाम.....
 माह..... वर्ष.....

क्र.	आवेदक का नाम एवं पता	सेवा जिसके लिये आवेदन दिया गया है।	निश्चित की गई समय सीमा आखिरी तारीख	आवेदन स्वीकृत/निरस्त.	पारित आदेश का दिनांक एवं विवरण
1.	2.	3.	4.	5.	6.

कार्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी जिला.....

कमांक.....

दिनांक.....

-आदेश-

रोगी की
सत्यापित फोटो

मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत जिला स्तरीय समिति की आगामी बैठक द्वारा अनुमोदन की प्रत्याशा में श्री/श्रीमती/कुमारी..... निवासी..... जिला..... मध्यप्रदेश को बीमारी..... का उपचार अस्पताल..... में कराये जाने हेतु पैकेज/प्राक्कलन अनुसार रू०..... (शब्दों में.....) मध्यप्रदेश राज्यबीमारी सहायता निधि से स्वीकृति प्रदान की जाती है। स्वीकृत राशि रूपये..... का चैक कमांक..... दिनांक..... संलग्न है। अथवा ई-पेमेन्ट के रेफरेन्स क्र..... द्वारा संबंधित संस्था के खाते में अंतरित की गई।

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
एवं सदस्य सचिव
म०प्र० राज्य बीमारी सहायता निधि

नोट:- म०प्र० राज्य बीमारी सहायता निधि के नियम 97 में निहित निर्देशों के तहत वित्तीय सहायता की राशि रोगी को नहीं दी जाती है। यह राशि सीधे संबंधित चिकित्सा संस्था को भेजी गयी है।

प्रतिलिपि:- सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु।

1. निज सहायक, प्रभारी मंत्री एवं अध्यक्ष, जिला स्तरीय म.प्र. राज्य बीमारी सहायता निधि।
2. संचालक, म.प्र. राज्य बीमारी सहायता निधि, संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र. भोपाल।
3. संभागीय आयुक्त..... संभाग भोपाल मध्यप्रदेश।
4. संभागीय संयुक्त संचालक स्वास्थ्य सेवायें, संभाग..... मध्यप्रदेश।
5. कलेक्टर, जिला..... मध्यप्रदेश।
6. सिविल सर्जन सह अस्पताल अधीक्षक, जिला..... मध्यप्रदेश।
7. संचालक/अधीक्षक (..... अस्पताल का नाम.....) की ओर सूचनार्थ भेजकर लेख है कि रोगी के उपचार हेतु निम्नांकित बिन्दुओं का पालन किया जाये:-

- रोगी को जनरल वार्ड की पात्रता होगी।

- स्वीकृति दिनांक से पूर्व रोगी को सहायता राशि की पात्रता नहीं होगी।
 - स्वीकृत पैकेज राशि में ही रोगी का उपचार किया जायेगा। उनसे स्वीकृत राशि के अतिरिक्त उपचार हेतु किसी भी प्रकार की राशि पृथक नहीं ली जावे।
 - रोगी के उपचार पर व्यय की गई राशि का विस्तृत व्यय पत्रक/उपयोगिता प्रमाण पत्र भेजा जाये।
 - रोगी इलाज के उपरांत जारी डिस्चार्ज टिकिट की डुप्लीकेट/छायाप्रति भिजवाई जावे।
8. प्रशाकीय अधिकारी/लेखापाल/कैशियर, स्थानीय कार्यालय।
9. संबंधित रोगी श्री/श्रीमती/कुमारी.....म.प्र. की ओर सूचनार्थ। आप तत्काल उपचार हेतु संबंधित अस्पताल में उपस्थित हों। स्वीकृत राशि के अतिरिक्त किसी भी प्रकार की राशि उपचार हेतु अस्पताल को नहीं दी जाये।

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
एवं सदस्य सचिव
म0प्र0 राज्य बीमारी सहायता निधि