

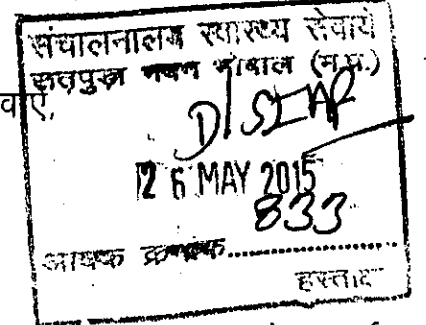
मध्य प्रदेश शासन
लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग
मंत्रालय

क्रमांक एफ 10-17/2015/सत्रह/मेडि-2,

भोपाल, दिनांक 22/05/2015,

प्रति,

समस्त संभागीय संयुक्त संचालक, स्वास्थ्य सेवाएं,
समस्त कलेक्टर,
समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
मध्यप्रदेश।



विषय:- मध्यप्रदेश लोक सेवाओं के प्रदान की गारंटी अधिनियम 2010 के अंतर्गत लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग की सेवा क्रमांक-12.6 "मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना के प्रकरण स्वीकृत किया जाना"।

संदर्भ:- लोक सेवा प्रबंधन की अधिसूचना क्रमांक एफ 2-13-2012-इकसठ -लोसेप्र-पी.एस.जी.-12, दिनांक 23 दिसम्बर 2014.

1. सेवा का उद्देश्य- मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना के अंतर्गत आर्थिक रूप से कमजोर परिवारों के 0-15 वर्ष के बच्चों का हृदय रोग (07 चिन्हित बीमारियों) से ग्रसित होने पर निःशुल्क उपचार/आपरेशन उपलब्ध कराया जाता है।
2. 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:-

Dis on leave.
OS (STAF)

क्र०	सहायता राशि	पदाभिहित अधिकारी	सेवा प्रदान करने की अवधि
12.6	रु. 25000 से रु. 1.00 लाख	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी	20 कार्य दिवस

3. आवेदनों का प्रारूप-आवेदन संलग्न निर्धारित प्रारूप "परिशिष्ट -1" में दिया जायेगा।

4. पात्रता की आवश्यक शर्तें:-

4.1 आवेदक/रोगी MOPRO का निवासी होकर आर्थिक रूप से कमजोर परिवार, जो कि अपना इलाज करा पाने में सक्षम नहीं है, का सदस्य होना चाहिए।

4.2 आवेदक उस जिला/क्षेत्र का निवासी हो।

4.3 0 से 15 वर्ष के बच्चों को हृदय रोग की चिन्हित बीमारियों से ग्रसित होने पर।

377
26/11/15
26/11/15

5. आवश्यक दस्तावेज— आवेदक को आवेदन पत्र के साथ निम्न दस्तावेज संलग्न करना होंगे:—

- 5.1 शासकीय चिकित्सालय अथवा शासन द्वारा मान्यता प्राप्त निजी चिकित्सालय का प्राक्कलन (एस्टीमेट)।
- 5.2 आर्थिक रूप से कमजोर होने के कारण इलाज करा पाने में अक्षम होने का प्रमाण—पत्र (परिवार सूची सहित)—
 - 5.2.1 ग्रामीण क्षेत्र के लिए मुख्य कार्यपालन अधिकारी, जनपद पंचायत द्वारा अधिकृत अधिकारी।
 - 5.2.2 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 साईज के 02 रंगीन फोटोग्राफ।
- 5.4 रोगी की आयु के संबंध में प्रमाण (जन्म प्रमाण पत्र /अंकसूची /आधार कार्ड /पंचायत द्वारा सत्यापित प्रमाण पत्र/अन्य सक्षम प्राधिकारी द्वारा जारी प्रमाण पत्र)

6. पदाभिहित अधिकारी के कार्यालय में आवेदन प्रस्तुत करने की स्थिति में निम्नानुसार कार्यवाही की जायेगी:—

- 6.1 सेवा प्राप्त करने के लिये, कंडिका-5 में दर्शाये अनुसार आवश्यक दस्तावेजों सहित, पंखिका 3 में बताये अनुसार संलग्न प्रारूप में 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, किन्तु यदि आवेदन अपूर्ण है, 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 कंडिका--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 मोबाईल नम्बर एवं ई-मेल आईडी आवेदक के पास होने की स्थिति में आवश्यक रूप से लिया जावे।
- 7.3 लोक सेवा केन्द्र द्वारा आनलाईन जमा किए गए आवेदन पत्र की हार्डकापी निकालकर उस पर आवेदक के हस्ताक्षर लेकर आवेदन की हार्डकापी तैयार कर तीन माह तक सुरक्षित रखी जायेगी ताकि आवश्यकता होने पर पदाभिहित अधिकारी इसे विशेष वाहक के माध्यम से प्राप्त कर संधारित कर सकें।
- 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 पदाभिहित अधिकारी को स्याही से हस्ताक्षरित स्वीकृति आदेश (संलग्न परिशिष्ट-4) 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 जायेगी।
- 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 सूचना डिजिटल हस्ताक्षर कर ऑनलाईन 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 प्रमाण-पत्र हस्ताक्षर एवं मुद्रा सहित अंकित किया जावेगा-

प्रमाणित किया जाता है कि इस पत्र का प्रिंटआउट 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 कंडिका-6 अनुसार एवं लोक सेवा केन्द्र में कंडिका-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:-

रु. 25000 से रु. 1.00 लाख तक के प्रकरण में- यदि आवेदक द्वारा बीमारी के इलाज के लिए शासकीय चिकित्सा संस्था का प्राक्कलन संलग्न किया गया है तो रोगी की जांच की आवश्यकता नहीं होगी। किन्तु यदि आवेदक द्वारा बीमारी के इलाज के लिये निजी चिकित्सा संस्था का प्राक्कलन संलग्न किया गया है तो उसका परीक्षण कर एवं आवेदन के भाग 3 (संलग्न परिशिष्ट 1) अनुसार, संबंधित बीमारी के चिकित्सा विशेषज्ञ द्वारा की गई जांच के आधार पर प्रकरण को संभागीय समिति के पास परीक्षण एवं जांच हेतु भेजेंगे। अनुशंसा प्राप्त होने पर संबंधित संस्था को उपचार के लिये राशि हेतु चेक सहित स्वीकृति आदेश (संलग्न परिशिष्ट-4) भेजा जायेगा। आदेश एवं संबंधित संस्था को चेक भेजने/ ई-ट्रांसफर करने की जानकारी आवेदक को दी जावेगी। यह सम्पूर्ण कार्यवाही निर्धारित समय अवधि (20 कार्य दिवस) में सम्पन्न की जावेगी।

- 8.5 यदि बजट के अभाव में चेक 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।
- 8.6 यदि आवेदक मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना 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- निरंक।

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 समय-सीमा में निराकरण करायेंगे। निर्धारित समय-सीमा के अंतिम दिवस की प्रतीक्षा न करते हुए यथाशीघ्र निराकरण का प्रयास करेंगे, जिससे कोर्ट भी आवेदन समय-सीमा ताह्य लंबित न हो सके।

12.2 योजना की जानकारी बहुउद्देशीय स्वास्थ्य कार्यकर्ता, पर्यवेक्षक एवं आशा कार्यकर्ता द्वारा ग्राम आरोग्य केन्द्र स्तर तक दी जाये एवं संभावित रोगियों को जिला अस्पताल हेतु रेफर किया जावे।

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

(1) आवेदन पत्र अमान्य किये जाने पर।

अथवा

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

अथवा

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

13. अपील निम्नानुसार की जा सकेगी-

क्र.	सेवाएँ	पदाधिकृत अधिकारी का पदनाम	सेवा प्रदान करने की निश्चित समय-सीमा	प्रथम अपील अधिकारी का पदनाम	प्रथम अपील के निराकरण की निश्चित समय-सीमा	द्वितीय अपील प्राधिकारी का पदनाम
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
12.6	मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना	मुख्य चिकित्सा एवं स्वा० अधिकारी	20 कार्य दिवस	कलेक्टर	15 कार्य दिवस	संभागीय संयुक्त संचालक स्वा० सेवाएँ

(सूरज कुमार)

सचिव,

मध्यप्रदेश शासन,

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग,



एफ 10-17/2015/सत्रह/मेडि-2,

भोपाल, दिनांक /05/2015

प्रतिलिपि:-

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 प्रदान विभाग, भोपाल।
5. स्वास्थ्य आयुक्त, संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ, मध्यप्रदेश।

6. समस्त राजस्व संभागायुक्त, 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


परिशिष्ट-1
(आवेदन-पत्र भाग-1)

मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना
के लिये आवेदन पत्र का प्रारूप

प्रति,

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

रोगी की
सत्यापित फोटो

विषय :- मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना (0-15 वर्ष के बच्चे जो हृदय रोग से ग्रसित हैं) के अन्तर्गत उपचार के संबंध में।

1. रोगी का नाम
2. आयु (जन्मतिथि हेतु प्रमाण पत्र संलग्न करें)
3. पिता/पति का नाम
4. जाति (अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/पिछड़ा वर्ग/सामान्य)
5. व्यवसाय
6. परिवार की कुल आय.....
7. रोगी किस श्रेणी में आता है - गरीबी रेखा के नीचे/गरीबी रेखा के उपर
8. निवास स्थान/मकान न०
- वार्ड क्रमांक :
- ग्राम/नगर.....
- तहसील..... जिला..... म.प्र.
- पिन कोड क्रमांक
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 कुछ भी छिपाया नहीं गया है।

स्थान :-

दिनांक :-

आवेदक के हस्ताक्षर
(अंगूठा निशानी यदि अनपठ हो)

जिला कार्यालय द्वारा की जाने वाली कार्यवाही
आवेदक का गरीबी रेखा के नीचे जीवन यापन संबंधी प्रमाण-पत्र

1. प्रमाणित किया जाता है कि श्री/कु.....
..... उम्र..... 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/कुमारी.....
..... पिता.....
मकान नं..... वार्ड क्रमांक.....
..... मोहल्ला/नगर/ग्राम.....
..... तहसील..... जिला..... म.प्र.
का नाम ग्राम पंचायत/नगर पंचायत/नगर जीवन-यापन करने वाले परिवारों से रजिस्टर
में क्रमांक पर दर्ज है।
संलग्न :- गरीबी रेखा के नीचे संबंधित नीला राशन कार्ड की छायाप्रति।

जिलाध्यक्ष/मुख्य कार्यपालन अधिकारी
जिला पंचायत/तहसीलदार/एस.डी.एम./
नगर पालिका अधिकारी के हस्ताक्षर एवं कार्यालय
मुद्रा/सील
जिला.....(म.प्र.)

जिला कार्यालय द्वारा की जाने वाली कार्यवाही
आवेदक का आर्थिक रूप से कमजोर होने संबंधी प्रमाण-पत्र

1. प्रमाणित किया जाता है कि श्री/कु.....
..... उम्र..... 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 का नाम गरीबी रेखा की सूची में नहीं है परन्तु
अपने बच्चे का स्वयं इलाज कराने में सक्षम नहीं है एवं योजना अंतर्गत सहायता चाहता है।
संलग्न :- राशन कार्ड की छायाप्रति

जिलाध्यक्ष/मुख्य कार्यपालन अधिकारी
जिला पंचायत/तहसीलदार/एस.डी.एम./
नगर पालिका अधिकारी के हस्ताक्षर एवं कार्यालय
मुद्रा/सील
जिला.....(म.प्र.)

(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

संभागीय समिति का अनुशंसा प्रमाण -पत्र

संभागीय समिति द्वारा श्री/कुमारी..... उम्र
...पिता/पति..... निवासी..... का परीक्षण
उपरांत, श्री/कुमारी..... रोग..... से पीड़ित है, और
निर्धारित पैकेज राशि रु..... से समुचित उपचार हेतु
..... चिकित्सालय भेजना प्रस्तावित है।

हस्ताक्षर.....

अधीष्ठाता चिकित्सा महाविद्यालय(अध्यक्ष)

हस्ताक्षर.....

संभागीय संयुक्त संचालक, स्वास्थ्य सेवाएँ

हस्ताक्षर.....

प्रदेश के चिकित्सा महाविद्यालय के
कार्डियोलॉजी विभाग के प्रतिनिधि

हस्ताक्षर.....

सिविल सर्जन सह अस्पताल अधीक्षक
(संभागीय मुख्यालय)

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

- पदाभिहीत 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 लिए आवेदन दिया गया है।	निश्चित की गई समय सीमा की आखिरी तारीख	आवेदन स्वीकृत/निरस्त	पारित आदेश का दिनांक एवं विवरण
1.	2.	3.	4.	5.	6.

कार्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी

जिला.....

क्रमांक.....

दिनांक.....

-:आदेश:-

रोगी की
सत्यापित फोटो

मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना के अन्तर्गत संभागीय समिति की अनुशंसा के आधार पर श्री/कुमारी..... निवासी..... जिला..... मध्यप्रदेश को बीमारी का उपचार अस्पताल..... में करायें जाने हेतु पैकेज/प्राक्कलन अनुसार रू0..... (शब्दों में.....) की राशि स्वीकृत की जाती है। स्वीकृत राशि रूपये..... का चैक क्रमांक दिनांक..... संलग्न है। अथवा ई-पेमेन्ट के रेफरेन्स क्र. द्वारा संबंधित संस्था के खाते में अंतरित की गई।

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी

नोट:- मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना के अन्तर्गत 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. संचालक, मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना, संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र. भोपाल।
2. संभागीय आयुक्त, संभाग मध्यप्रदेश।
3. संभागीय संयुक्त संचालक स्वास्थ्य सेवायें, संभाग मध्यप्रदेश।
4. कलेक्टर, जिला मध्यप्रदेश।
5. सिविल सर्जन सह अस्पताल अधीक्षक, जिला..... मध्यप्रदेश।
6. संचालक/अधीक्षक (..... अस्पताल का नाम.....) की ओर भेजकर लेख है कि रोगी के उपचार हेतु निम्नांकित बिन्दुओं का पालन किया जाये:-

- 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 भिजवायी जावे।
7. प्रशासकीय अधिकारी/लेखापाल/कैशियर, स्थानीय कार्यालय।
 8. संबंधित रोगी श्री/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

XV-143
O.R.


नेमी टीप

(केवल ऐसी टीपों आदि के लिये ही उपयोग में लाया जाय जो व्यायी अभिलेख के लिए न हों)

10-12/2015/18/11-2
22/8/15

विषय - प्र. 5 लोक सेवा आर् के प्रदान
गारपी अधिनियम 2010 अधिनियम
अनुसार अधिकांशों को भेजना
बाबत

X
उपरोक्त विषयान्तर्गत लोका सेवा आर्
कि प्र. 5 लोक सेवा आर् के प्रदान की
गारपी अधिनियम 2010 की अधिनियम
अनुसार संशोधित अनुसूची संशोधित
एवं अनुसूची संशोधित अधिनियम
अनुसार अधिकांशों को भेजना
अनुसार अधिनियम अधिनियम
अनुसार अधिनियम अधिनियम
अनुसार अधिनियम अधिनियम


अधीनस्थ अधिकारी
लोक सेवा आर् के प्रदान की
गारपी अधिनियम 2010 अधिनियम

अधीनस्थ अधिकारी
लोक सेवा आर् के प्रदान की
गारपी अधिनियम 2010 अधिनियम

Dir (on leave)

OS (Staff) ~~अधीनस्थ~~