

मध्यप्रदेश शासन
लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग
मंत्रालय

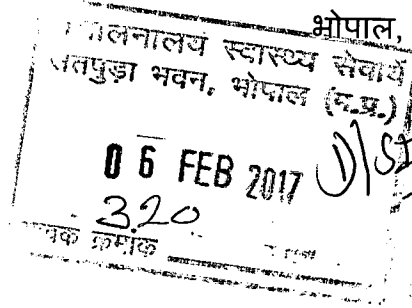
क्रमांक एफ 12-28/2016/सत्रह/मेडि-3

प्रति,

आयुक्त,

स्वास्थ्य सेवायें,

भोपाल, मध्यप्रदेश.



भोपाल, दिनांक 6/2/2017

विषय : दिनांक 14.06.2016 को राज्य बीमारी सहायता निधि के अंतर्गत कैंसर के उपचार हेतु वर्तमान फार्म हेतु आयोजित बैठक ।

संदर्भ : इस विभाग के समसंख्यक आदेश दिनांक 16.01.2017.

-0-0-

उपरोक्त विषयक इस विभाग के संदर्भित समसंख्यक आदेश के साथ मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि से सहायता के लिये आवेदन का प्रारूप संलग्न प्रेषित नहीं किया गया था जो संलग्न कर अनुरोध है कि कृपया जारी आदेश दिनांक 16.01.2017 के साथ संलग्न कर वेबसाइट पर अपलोड कराने का कष्ट करें ।

संलग्न : यथोपरि।

(गिरीश कुमार नेगी)

अवर सचिव

मध्यप्रदेश शासन

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

DD(SIAR)
4
8/2

संचालक (K.L.S.) पत्र 69
आयक दिनांक 6.2.17
प्रावक दिनांक 8.2.17



(आवेदन पत्र भाग-1)

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

प्रति,

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,

जिला..... म.प्र.।

रोगी की
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/पिछड़ा वर्ग/सामान्य)
5. समग्र आई.डी./आधार कार्ड का नम्बर.....
6. व्यवसाय.....
7. परिवार की कुल आय.....
8. निवास स्थान/मकान नं.....
वार्ड क्रमांक.....ग्राम/नगर.....तहसील.....
जिलामध्यप्रदेश। पिन कोड क्रमांक.....
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 मूल प्रति।

2. गरीबी रेखा प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति।

सत्यापन

1. 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।
2. मैं यह भी घोषित करता/करती हूँ कि मैंने पूर्व में राज्य बीमारी सहायता निधि का लाभ लिया है/नहीं लिया है। मुझे पूर्व में राशि रूपये स्वीकृत की गई है।

स्थान :-

दिनांक :-

आवेदक के हस्ताक्षर

(अंगुठा निशानी यदि अनपढ़ हो)

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/पति.....
..... 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।

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 के हस्ताक्षर एवं कार्यालय की मुद्रा/सील

जिला.....

मध्यप्रदेश।

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

कार्यालय द्वारा भरा जाएगा

(मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी अथवा सिविल सर्जन अथवा विशेषज्ञ की अनुशंसा)

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. बीमारी

..... 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, उपचार के निर्धारित पैकेज अनुसार स्वीकृत राशि रू०. हैं, जिसमें

मान्यता प्राप्त चिकित्सा संस्था द्वारा उपचार किया जावेगा।

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी अथवा
सिविल सर्जन अथवा विशेषज्ञ के हस्ताक्षर एवं
कार्यालय की मुद्रा / सील