

मुख्यमंत्री विशेष स्वास्थ्य सहायता योजना, जनवरी 2020

—:आवेदन पत्र:—

- रोगी का नाम .....
- पिता/पति का नाम श्री .....
- जाति (सा./अ.ज.जा./अ.जा./अ.पि.व.) .....
- स्वास्थ्य/ई-कार्ड का नंबर .....
- राशन कार्ड नंबर एवं प्रकार .....
- आधार/मतदाता पहचान कार्ड नंबर .....
- मोबाईल नं. ....
- आयु .....
- वार्ड क्रं. ....
- मकान नं. ....
- ग्राम/शहर .....
- पोस्ट आफिस .....
- विकासखण्ड .....
- तहसील .....
- जिला का नाम .....
- बीमारी का नाम .....
- ईलाज हेतु मांग की गई राशि .....

// घोषणा //

मैं सत्य निष्ठा से घोषणा करता/करती हूँ कि, आवेदन पत्र में दी गई जानकारी पूर्णतः सत्य है तथा कोई तथ्य छिपाया नहीं गया है। मरीज द्वारा पूर्व में कभी अपने ईलाज हेतु किसी अन्य योजना से सहायता प्राप्त नहीं की गई है। प्रस्तुत जानकारी असत्य पाये जाने पर राज्य नोडल एजेंसी, संचलनालय स्वास्थ्य सेवाएँ मेरे विरुद्ध वैधानिक कार्यवाही करने हेतु स्वतंत्र होगी।

स्थान.....

दिनांक.....

मरीज/मरीज के संबंधी के हस्ताक्षर

मुख्यमंत्री विशेष स्वास्थ्य सहायता योजना, जनवरी 2020

—: ईलाज करने वाले चिकित्सक का प्रमाण-पत्र :-  
(चिकित्सालय के लेटरपेड पर)

प्रमाणित किया जाता है कि:-

- श्री / कु. / श्रीमती .....
- पिता / पति का नाम .....
- हेल्थ कार्ड / राशन कार्ड नंबर .....
- आधार कार्ड / मतदाता पहचान नंबर .....
- मोबाईल नं. ....
- निवासी .....
- मकान नंबर .....
- वार्ड क्रमांक .....
- ग्राम / नगर .....
- पोस्ट आफिस .....
- विकासखण्ड .....
- तहसील .....
- जिला .....

मेरे द्वारा मरीज की .....(बीमारी का नाम) का ईलाज .....अवधि  
(दिन/मास/वर्ष) से किया जा रहा है। मरीज को ..... शल्य क्रिया/  
विशिष्ट ईलाज की तत्काल आवश्यकता है। शल्य क्रिया/विशिष्ट ईलाज की कुल अनुमानित  
लागत रु. .... होने की संभावना है।

स्थान .....

दिनांक .....

चिकित्सक के हस्ताक्षर .....

चिकित्सक का नाम .....

मोबाईल नं. ....

चिकित्सक पंजीयन क्रमांक .....

शासकीय मेडिकल कॉलेज चिकित्सालय द्वारा रेफरल हेतु प्रारूप

- टोकन नं. : \_\_\_\_\_
- मरीज का नाम : \_\_\_\_\_
- पिता का नाम : \_\_\_\_\_
- उम्र : \_\_\_\_\_
- पूर्ण पता : \_\_\_\_\_
- दूरभाष नंबर : \_\_\_\_\_
- भर्ती दिनांक : \_\_\_\_\_
- प्राथमिक उपचार : \_\_\_\_\_
- उपचार का विवरण : \_\_\_\_\_
- चिकित्सालय का नाम : \_\_\_\_\_
- रेफर दिनांक : \_\_\_\_\_
- चिकित्सक जिनके द्वारा रेफर किया गया : \_\_\_\_\_
- रेफर किये जाने का उचित स्पष्ट कारण : \_\_\_\_\_
- चिकित्सालय का पता : \_\_\_\_\_
- दूरभाष नंबर : \_\_\_\_\_
- चिकित्सालय जहाँ रेफर किया जाना है : \_\_\_\_\_
- पता : \_\_\_\_\_
- दूरभाष नंबर : \_\_\_\_\_
- मरीज/मरीज के परिजन के : \_\_\_\_\_  
द्वारा रेफर किये गये चिकित्सालय में उपचार हेतु सहमति।

दिनांक: \_\_\_\_\_

चिकित्सक का नाम

सील मय हस्ताक्षर

मुख्यमंत्री विशेष स्वास्थ्य सहायता योजना, जनवरी 2020

चेक लिस्ट (प्रकरण के साथ संलग्न करने हेतु)

1. राज्य में निर्मित ई-कार्ड अथवा अंत्योदय/प्राथमिकता राशन कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें।
  2. माननीय मुख्यमंत्री महोदय द्वारा शिथिल प्रकरण की स्थिति में राज्य में निर्मित ई-कार्ड अथवा अंत्योदय/प्राथमिकता राशन कार्ड की प्रतिलिपि एवं छत्तीसगढ़ राज्य के मूल निवासी प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें।
  3. मरीज की बीमारी से संबंधित जॉच रिपोर्ट (Diagnosis) :- अब तक कराये गये जांच (Investigation) एवं ईलाज (Treatment) से संबंधित सभी कागजात की प्रतियां मूल आवेदन के साथ अवश्य संलग्न करें, ताकि मुख्यमंत्री विशेष स्वास्थ्य सहायता योजनांतर्गत प्रकरण का समुचित परीक्षण कर स्वीकृति के संदर्भ में उचित निर्णय लिया जा सके।
  4. प्रत्यारोपण प्रकरण के संदर्भ में माननीय सर्वोच्च न्यायालय के निर्देशानुसार समस्त जरूरी प्रमाण पत्र/दस्तावेजों की संबंधित अस्पताल द्वारा सत्यापित प्रतिलिपियां।
  5. मुख्यमंत्री विशेष स्वास्थ्य सहायता योजनांतर्गत निर्धारित प्रारूप में भरा गया पूर्ण आवेदन पत्र ऑनलाईन पोर्टल पर अपलोड किया जावे।
-