



मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना मुख्यमंत्री बाल हृदय योजना के अन्तर्गत उपचार कराये जाने के लिये आवेदन पत्र का प्रारूप

प्रति,

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी

जिला मध्यप्रदेश।

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 का नाम :
4. जाति :
(अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति / पिछड़ा वर्ग / सामान्य)
5. व्यवसाय :
6. परिवार की कुल आय
7. क्या आवेदक का नाम / पिता का नाम गरीबी रेखा में है:- हाँ/नहीं
(यदि हाँ तो राशन कार्ड की प्रतिलिपि लगायें)
8. रोगी किस श्रेणी में आता है - गरीबी रेखा के नीचे / गरीबी रेखा के ऊपर

9. निवास स्थान / मकान नं. :
- वार्ड क्रमांक :
- ग्राम / नगर :
- तहसील : जिला
- मध्यप्रदेश।
- पिन कोड क्रमांक :
10. बीमारी का नाम जिसका इलाज कराना है :
11. मान्यता प्राप्त चिकित्सा संस्था जहाँ इलाज कराना है का नाम एवं
प्राक्लन

फोटो

सत्यापन

मैं सत्य निष्ठा से घोषणा करता हूँ / करती हूँ कि आवेदन-पत्र में उपरोक्त समस्त विवरण मेरी जानकारी के अनुसार पूर्णतः सत्य है और कुछ भी छिपाया नहीं गया है।

स्थान :-

आवेदक के हस्ताक्षर

दिनांक :-

(अंगूठा निशानी यदि अनपढ़ हों)

भाग-2(अ)

(जिला कार्यालय द्वारा की जाने वाली कार्यवाही)

आवेदक का गरीबी रेखा के नीचे जीवन यापन संबंधी प्रमाण-पत्र।

प्रमाण-पत्र

1. प्रमाणित किया जाता है कि श्री/कुमारी

पिता

मकान नं. वार्ड क्रमांक

मोहल्ला/नगर/ग्राम तहसील

जिला मध्यप्रदेश राज्य के मूल निवासी हैं 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 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।

संलग्न :- गरीबी रेखा के नीचे सम्बन्धी नीला राशन कार्ड की छाया प्रति।

.....

जिलाध्यक्ष/मुख्य कार्यपालन अधिकारी

जिला पंचायत/तहसीलदार/एस.डी.एम./

नगर पालिका अधिकारी के हस्ताक्षर एवं कार्यालय

मुद्रा/सील

जिला (म.प्र.)

जिलाध्यक्ष द्वारा 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।

भाग-2(ब)

(जिला कार्यालय द्वारा की जाने वाली कार्यवाही)

आवेदक का गरीबी रेखा के ऊपर जीवन यापन संबंधी प्रमाण-पत्र ।

प्रमाण-पत्र

1. प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती

पिता/पति

मकान नं. वार्ड क्रमांक

मोहल्ला/नगर/ग्राम तहसील

जिला मध्यप्रदेश राज्य के मूल निवासी हैं और आवेदक द्वारा पत्र में उल्लेखित उपरोक्त विवरण की प्रारंभिक जाँच 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 हेतु 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.

जिलाध्यक्ष द्वारा 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।

भाग-3

(सिविल सर्जन का प्रमाण पत्र)

जिलाध्यक्ष जिला के पत्र
..... के संदर्भ में प्राप्त आवेदन-पत्र में दर्ज रोगी
श्री/कुमारी उम्र
पिता/पति मकान नं.
वार्ड क्रमांक मोहल्ला/नगर/ग्राम
तहसील जिला मध्यप्रदेश
का परीक्षण डॉ./विशेषज्ञ द्वारा किया
गया। मैं संतुष्ट हूँ कि रोगी श्री/कुमारी
रोग का पूर्ण एवं समुचित इलाज हेतु
चिकित्सालय भेजना प्रस्तावित है। रोगी की दशा एवं पूर्ण इलाज का ब्यौरा निम्नलिखित है
.....
.....
रोग के इलाज पर होने वाला व्यय प्राप्त चिकित्सालय द्वारा निर्धारित दर अनुसार राशि रुपये
..... होगा।

दिनांक :-

सिविल सर्जन के हस्ताक्षर
एवं कार्यालय की मुद्रा/सील