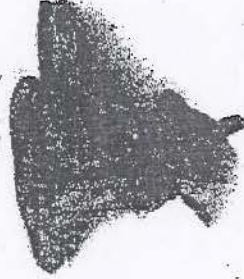


## आवेदन पत्र का प्रारूप



### छत्तीसगढ़ राज्य स्वास्थ्य मंत्रालय एवं राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य योजना का एक अभिनव प्रयास



### “मुख्यमंत्री बाल श्रवण योजना”

#### आवेदन पत्र का प्रारूप

डॉ. बी.पी. मालानी

राज्य नोडल अधिकारी ( मुख्यमंत्री बाल श्रवण योजना)

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

छत्तीसगढ़ (रायपुर)

द्वेषक- १

1. मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी जिला . . . . . छ.ग.०
2. प्रमुख चिकित्सक सह अस्पताल अधीक्षक जिला . . . . . छ.ग.०
3. रोगी का नाम . . . . . लिंग . . . . . उम्र . . . . . ( 1 से 4 वर्ष )
4. पिता का नाम श्री . . . . .
5. निवास स्थान (पूर्ण पता) :- मकान नं. . . . . वार्ड क्रमांक . . . . . ग्राम . . . . . पोस्ट . . . . .  
वि.ख./तह. . . . . जिला . . . . . छ.ग.०
6. टेलीफोन नं . . . . . (अपने या अपने ग्राम प्रमुख का जो आपको सूचित कर सके।)

7. बाल श्रवण योजना के तहत पीड़ित का प्रारम्भिक परीक्षण डॉ. बी.आर.अम्बेडकर अस्पताल रायपुर के नाक कान गला विभाग में किया जावेगा, तथा उपचार हेतु योग्य पाये जाने पर पीड़ित को इस योजना का लाभ मिल सकेगा।

स्थान . . . . .

आवेदक के हस्ताक्षर

दिनांक . . . . .

(अंगूठे का निशान यदि अनपढ़ हो तो)

भाग -2

5 के मूल निवासी होने एवं गरीबी रेखा के नीचे जीवन यापन करने बाधित प्रमाण पत्र

प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है, कि मास्टर/कु ..... पिता श्री .....  
जिला मजदारी ब्यूरो, बार्ड क्रमांक ..... ग्राम ..... पोस्ट ..... वि०ख ..... जिला .....  
..... का निवासी है एवं पीड़ित का नाम ग्राम तहसील/ नगर पंचायत /नगर पालिका/नगर  
..... पर दर्ज है/  
..... ल श्रवण योजना के तहत उपचार की अनुशंसा की जाती है।

कार्यपालक दण्डाधिकारी के  
हस्ताक्षर एवं सील

भाग-3

(विधि: 1/सिविल सर्जन का प्रमाण - पत्र)

कार्यपालक ..... सतीसगढ़ के पत्र क्रमांक ..... में प्राप्त  
..... पिता श्री ..... ग्राम ..... पोस्ट  
..... जिला ..... खण्ड का .....  
.....

बी.आर.अम्बेडकर ..... न रायपुर में प्रस्तावित है। रोगी की दशा एवं ..... इलाज का सही  
निम्नलिखित है।

टीप:- पीड़ित ..... भाग, ग्राम, तहसील विभाग से प्राप्त रिपोर्ट का अवलोकन अवश्य करें।

स्थान ..... सिविल सर्जन /विशेषज्ञ के हस्ताक्षर,सील सहित  
दिनांक ..... (साफ - साफ अक्षरों में)

घोषणा पत्र का प्रारूप

मेरा पुत्र/पुत्री ..... उम्र ..... जो कि जन्मजात श्रवण बाधित होने से वाणी एवं भाषा के विकास  
से वंचित है श्रवण पत्र के लगातार 10 माह से अधिक उपयोग करने के बावजूद भी कोई लाभ नही हुआ है। अतः मुझे मेरे  
बच्चे की काविलय ..... अर्जरी करवाने की सलाह दी गई है। मुझे पूर्ण जानकारी दी गई है कि ऑपरेशन उपरान्त भाषा  
के विकास के लिए लगातार दो या तीन साल स्पीच थेरेपी कराना आवश्यक है। मैं अपने बच्चे की स्वीच थेरेपी के लिए  
लगातार समय धर लाता हूंगा।

पिता/ मालक के हस्ताक्षर ..... गवाह के हस्ताक्षर