



संजीवनी कोष से सहायता के लिये आवेदन पत्र का प्रारूप

प्रति,

संचालक
स्वास्थ्य सेवाएँ
छत्तीसगढ़, रायपुर

द्वारा

:-कलेक्टर, जिला छत्तीसगढ़

विषय

:-संजीवनी कोष के अन्तर्गत रोगी के इलाज हेतु आर्थिक सहायता।

1. रोगी का नाम
2. आयु
3. पिता/पति का नाम
4. व्यवसाय
5. परिवार के सदस्य क्या-क्या व्यवसाय करते हैं, तथा उनकी अलग - अलग वार्षिक आय
 - (1)
 - (2)
 - (3)
6. परिवार की कुल आय
7. निवास स्थान/मकान नं०
 वार्ड क्रमांक ग्राम/नगर पोस्ट आफिस
 विकासखंड तहसील जिला छत्तीसगढ़।
8. बीमारी जिसका इलाज कराना है
 (चिकित्सक द्वारा स्पष्ट रूप से लिखा जावे)
9. चिकित्सा संस्था जहां इलाज कराना है
 (प्राथमिकता के आधार पर संस्थान का नाम एवं पूर्ण पता लिखा जाये)
 - (1)
 - (2)
 - (3)
10. अभी तक किस चिकित्सा/संस्थान में इलाज प्राप्त किया है (संक्षिप्त ब्योरा दे)
 - (1)

(2)

(3)

11. अभी तक चिकित्सा पर कितना व्यय किया जा चुका है

12. क्या इस प्रकरण में रोग के इलाज के लिये पूर्व में भी किसी व्यक्ति या संस्था द्वारा वित्तीय/आर्थिक सहायता दी गई है या प्राप्त की गयी है? यदि हाँ तो प्राप्त सहायता का विवरण दें

(1) सहायता स्रोत का नाम

(2) कितनी बार सहायता दी गई

(3) स्वीकृत राशि

(4) कब - कब दी गई

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 है और कुछ भी छिपाया नहीं गया है ।

स्थान

आवेदक के हस्ताक्षर

दिनांक

(अंगूठा निशानी यदि अनपढ़ हो)

गवाह के नाम, पता एवं हस्ताक्षर

(अनपढ़ आवेदक के मामले में)

इलाज करने वाले चिकित्सक का प्रमाण - पत्र

प्रमाणित किया जाता है, कि श्री/कु0/श्रीमती

पिता/पति निवासी मकान नं., वार्ड

कमांक ग्राम/नगर पोस्ट आफिस

विकासखंड तहसील जिला छत्तीसगढ़, का मेरे

द्वारा (बीमारी का नाम) का इलाज दिन/मास/वर्ष से किया

जा रहा है ।

स्थान

चिकित्सक का नाम,

दिनांक

पंजीयन कमांक एवं पूर्ण पता

भाग - 2

जिला कार्यालय द्वारा की जाने वाली कार्यवाही

आवेदक के मूल निवासी होने एवं गरीबी रेखा के नीचे जीवन यापन करने बाबत प्रमाण पत्र

प्रमाण - पत्र

1. प्रमाणित किया जाता है, कि श्री/कु०/श्रीमती
 पिता/पति निवासी मकान नं. वार्ड क्रमांक
 ग्राम/नगर पोस्ट. आफिस
 विकासखंड तहसील जिला
 छत्तीसगढ़, राज्य का मूल निवासी हैं ।

2. प्रमाणित किया जाता है कि श्री/कु०/श्रीमती
 पिता/पति निवासी ग्राम/नगर
 तहसील जिला छत्तीसगढ़, का नाम ग्राम पंचायत/नगर
 पंचायत/नगर पालिका/नगर निगम में गरीबी रेखा के नीचे जीवन
 यापन करने वाले परिवारों के रजिस्टर में सरल क्रमांक पर दर्ज है ।

जिलाध्यक्ष के हस्ताक्षर

जिला.....(छ०ग०)

(उपर्युक्त प्रमाण पत्र जिलाध्यक्ष द्वारा स्वयं हस्ताक्षरित किया जाएगा । अपूर्ण होने

पर आवेदन मान्य नहीं किया जा सकेगा)

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)

डॉक्टर जिला छत्तीसगढ़ के पत्र क्रमांक के संदर्भ में प्राप्त आवेदन पत्र में दर्ज
 श्री/कु०/श्रीमती पिता/पति
 निवासी मकान नं. वार्ड क्रमांक ग्राम /नगर/.....

पोस्ट आफिस विकासखंड तहसील
जिला छत्तीसगढ़ का परीक्षण मेरे द्वारा डॉ०

विशेषज्ञ की सहायता से किया गया है। मैं संतुष्ट हूँ कि रोगी श्री/कु०/श्रीमती
रोग से पीड़ित है और इसके समुचित इलाज हेतु
चिकित्सालय भेजना प्रस्तावित है । रोगी की दशा एवं पूर्ण इलाज का संक्षिप्त ब्योरा निम्नलिखित हैं

स्थान
दिनांक

सिविल सर्जन के हस्ताक्षर,
विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
(साफ - साफ अक्षरों में)

भाग - 4

सिविल सर्जन का प्रमाण-पत्र प्राप्त कर आवेदक सिविल सर्जन अथवा मेडिकल कालेज अस्पताल के विशेषज्ञ द्वारा प्रस्तावित शासन द्वारा मान्यता प्राप्त चिकित्सा संस्थान अथवा अस्पताल जाकर मरीज का संबंधित विभाग में परीक्षण करवाएं एवं उस संस्था से मरीज के नाम का उसकी बीमारी के इलाज पर होने वाले व्यय का प्राक्कलन (इस्टीमेट) प्राप्त करें जिसमें यह भी उल्लेखित होगा कि मरीज का क्या इलाज किया जाना है। प्राक्कलन प्राप्त कर आवेदक सिविल सर्जन कार्यालय/कलेक्टर कार्यालय जाकर अपना आवेदन प्रस्तुत करें जिसमें कार्यालय प्रमुख अनिवार्य औपचारिकताओं के पूर्ण होने संबंधी परीक्षण कराकर यदि आवेदक प्राक्कलन सहित परिपूर्ण है तभी संचालक स्वास्थ्य सेवायें छत्तीसगढ़ के कार्यालय में स्वीकृति के संदर्भ में प्रेषित करें।

चेक लिस्ट

1. छत्तीसगढ़ राज्य का मूल निवासी प्रमाण पत्र एवं गरीबी रेखा के नीचे जीवन यापन करने का प्रमाण पत्र है/नहीं है।
2. सिविल सर्जन द्वारा रोग का प्रमाण पत्र संलग्न है/नहीं है।
3. अस्पताल का नाम जहां इलाज किया जाना है, एवं इलाज पर होने वाले व्यय का प्राक्कलन का मूल प्रमाण पत्र संलग्न है/नहीं है।
4. मरीज की बीमारी से संबंधित निदान (Diagnosis) अब तक कराए गए जांच (Investigations) एवं इलाज (Treatment) से संबंधित सभी कागजातों की प्रतियां मूल आवेदन के साथ अवश्य संलग्न करें, ताकि चिकित्सा विशेषज्ञ (संजीवनी कोष) द्वारा प्रकरण का समुचित परीक्षण कर स्वीकृति के संदर्भ में उचित निर्णय लिया जा सके जैसे - कैंसर का मरीज होने पर हिस्टो - पैथालाजी (बायोप्सी) जांच रिपोर्ट, सिर के सांघातिक चोट (हेड इन्जरी) या ब्रेन ट्यूमर के मरीजों में सी टी स्कैन रिपोर्ट, हृदय रोग के मरीजों में इको कार्डियोग्राफी एवं गुर्दा प्रत्यारोपण में गुर्दा कास मैच रिपोर्ट भी अवश्य संलग्न करें।

उपरोक्त प्रमाणीकरण 3 प्रतियों में दिया जावे। एक प्रति कलेक्टर को, दूसरी रोगी को व तीसरी

प्रति (मूल प्रति) संजीवनी कोष, संचालनालय के रिकार्ड में रखी जावें।

नोट: सिविल सर्जन द्वारा प्रमाण पत्र हस्ताक्षरित होने पर संस्था के प्राक्कलन के साथ आवेदन पत्र आवेदक द्वारा स्वयं/पत्र वाहक के साथ/डाक द्वारा "संचालक, स्वास्थ्य सेवाएं, छत्तीसगढ़ पुराना नर्सिंग होस्टल, मंत्रालय परिसर, रायपुर" को प्रस्तुत किया जाये।

- नोट :-
1. इलाज कराने वाली संस्था द्वारा प्रदाय प्राक्कलन (अनुमानित व्यय) का मूल प्रमाण पत्र संलग्न करना अनिवार्य है।
 2. केवल पूर्ण आवेदन प्रकरण (जिसमें उपरोक्तानुसार मूल आवेदन के साथ चाही गई जानकारीयां पूर्ण रूपेण संलग्न हों) ही संचालक को प्रेषित करें - अपूर्ण आवेदन प्रेषित करने पर प्रकरण की स्वीकृति में अनावश्यक विलम्ब हो सकता है।

राजीव जीवन रेखा कोष के अंतर्गत जिन बीमारियों के लिए सहायता राशि दी जाती है नाम निम्नानुसार हैं :-

- 1- All Cancer Surgery, Chemotherapy & Radiotherapy
(सभी प्रकार के कैंसर रोग का पूर्ण उपचार एवं आपरेशन)।
- 2- Thoracic surgery
(वंक्षीय शल्य क्रियायें (थोरेसिक सर्जरी)।
- 3- Renal Surgery & Renal Transplantation
(गुर्दा की शल्य क्रियायें एवं गुर्दा प्रत्यारोपण)।
- 4- Total Hip Joint Replacement
(कूल्हे की हड्डी बदलना (टोटल हिप रिप्लेसमेंट)
- 5- Knee Jt. Replacement .
(घुटना बदलना (टोटल नी रिप्लेसमेंट)।
- 6- Head Injury Requiring operative Intervention
(सिर में आई अंदरूनी चोट (हेड इन्जुरी) जिसकी शल्य क्रिया आवश्यक हो)।
- 7- Organ Transplantation
(अंग प्रत्यारोपण (आरगन ट्रान्सप्लान्टेशन)।
- 8- Comatose Conditions
(नीम बेहोरी की स्थितियां (कोमेटोज कन्डीशन्स)।
- 9- Spinal Surgery
(रीढ़ की हड्डी की शल्य क्रियायें (स्पाइनल सर्जरी)।
- 10- Retinal Detachment
(आंख के परदे के अलग होने की शल्य क्रियायें (रेटिनल डिटेचमेंट)।
- 11- Post Puerperial Complications
(प्रसवोत्तर जटिलतायें (पोस्ट परपेरियल कम्प्लीकेशन्स)।
- 12- Cardiac Surgery
(हृदय की शल्य क्रियायें (कार्डियक सर्जरी)।
- 13- Injurys caused by industrial Accidents, handling Agricultural Machines, Bomb Blast and Natural calamities.
(प्राकृतिक विपदाओं, आद्योगिक दुर्घटनाओं, कृषि उपकरणों एवं बम विस्फोट से हुई दुर्घटना के उपचार एवं शल्य क्रियायें (इन्जुरी कास्ट बाई इंडस्ट्रियल एक्सीडेन्ट्स, हैंडलिंग, एग्रीकल्चरल मशीन्स, ब्राम्ब ब्लास्ट एवं नेचुरल कैलेमिटीस)।