



## उपायुक्त-सह-जिला दण्डाधिकारी का कार्यालय, गिरिडीह।

(अनुसूचित जनजाति, अनुसूचित जाति, अल्पसंख्यक एवं पिछड़ा वर्ग कल्याण विभाग, गिरिडीह।)

दूरभाष सं०:-06532-229750 फ़ैक्स:-06532-229750 ई-मेल:-dwo.giridih@gmail.com

### आवश्यक सूचना

झारखण्ड सरकार कल्याण विभाग द्वारा अनुसूचित जाति, अनुसूचित जन जाति तथा पिछड़ी जाति के बीमार व्यक्तियों के लिए चिकित्सा अनुदान 10000.00 (दस हजार) रू० तक दिये जाने का प्रावधान है।

सर्व साधारण को सूचित किया जाता है कि चिकित्सा अनुदान की राशि प्राप्त करने हेतु विहित प्रपत्र प्रखण्ड विकास पदाधिकारी से प्राप्त करेंगे तथा आवेदन पत्र के साथ निम्नांकित कागजात संलग्न करेंगे। (1) चिकित्सा प्रमाण पत्र (2) गरीबी रेखा के नीचे गुजर बसर करने का प्रमाण पत्र, अन्त्योदय कार्ड एवं बी.पी.एल कार्ड अथवा 72000.00 रू० तक का आय प्रमाण पत्र (3) जाति प्रमाण पत्र (4) बैंक खाता (5) आधार कार्ड की छायाप्रति। आवेदन पत्र अपने प्रखण्ड के प्रखण्ड विकास पदाधिकारी के कार्यालय में जमा करेंगे। प्रखण्ड विकास पदाधिकारी प्रभारी चिकित्सा पदाधिकारी से बीमारी का नाम एवं राशि की अनुशंसा कराकर जिला कल्याण पदाधिकारी, गिरिडीह को भेजेंगे। उपायुक्त गिरिडीह के पत्रांक-425 दिनांक-15.06.2020 द्वारा सभी प्रखण्ड विकास पदाधिकारी एवं सिविल सर्जन, गिरिडीह को निदेश दिया गया है।

माननीय सांसद कोडरमा/गिरिडीह लोकसभा/माननीय विधायक गिरिडीह /गाण्डेय/जमुआ/धनवार/बगोदर/डुमरी विधानसभा/अध्यक्ष/उपाध्यक्ष जिला परिषद, मेयर/उप मेयर/वार्ड कौंसिलर/सभी प्रमुख/सभी मुखिया/सभी पंचायत समिति के सदस्यो/वार्ड सदस्यों/आम जनो से अनुरोध है कि गरीबी रेखा से नीचे बी.पी.एल. धारक अथवा प्रतिवर्ष 72000 /-रू० तक आय धारक को चिकित्सा अनुदान का लाभ पहुँचाने हेतु अपने स्तर से आवेदन प्रपत्र उपरोक्त कार्यालय/पदाधिकारी को उपलब्ध कराने की दिशा में यथोचित पहल की जाय, ताकि गरीब व्यक्ति को कल्याणकारी योजनाओं का लाभ दिया जा सके।

18/6/20  
जिला कल्याण पदाधिकारी,  
गिरिडीह।  
18/6/20

# समाहरणालय, उपायुक्त का कार्यालय, गिरिडीह।

## चिकित्सा अनुदान विहित प्रपत्र

1. आवेदक/आवेदिका का नाम :-
2. पिता/पति का नाम :-
3. उम्र :-
4. जाति :- अनुसूचित जाति/जनजाति/पिछड़ी जाति  
(जाति प्रमाण-पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)।
5. वर्तमान पता :-



फोटो

ग्राम :- पंचायत :- प्रखण्ड :-  
पो :- थाना :- जिला :-

### 6. स्थाई पता :-

ग्राम :- पंचायत :- प्रखण्ड :-  
पो :- थाना :- जिला :-

7. बैंक का नाम :- खाता नं० :- IFSC CODE:-

8. आधार संख्या :- मोबाईल नं०-

9. बीमारी का नाम :-

10. चिकित्सा पदाधिकारी/संस्थान/अस्पताल का नाम:-  
(चिकित्सा से संबंधित छायाप्रति संलग्न करें।)

11. गरीबी रेखा से नीचे गुजर वसर करने का प्रमाण पत्र/संख्या :-  
(प्रमाण-पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)

अनुरोध है कि मुझे चिकित्सा अनुदान का लाभ देने की कृपा की जाय।

12. घोषणा :- प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त विवरणी बिलकुल सही है। मुझे पूर्व में चिकित्सा अनुदान राशि का भुगतान नहीं किया गया है। चिकित्सा अनुदान भुगतान की गई राशि से मेरे द्वारा इसी मद में खर्च किया जाएगा। सूचना गलत पाये जाने पर मैं दण्ड का भागी बनूँगा/बनूँगी।

आवेदक/आवेदिका का हस्ताक्षर  
एवं अंगूठे का निशान

### जांच समिति का प्रतिवेदन

1.) बीमारी का नाम:-

2.) अनुशंसित राशि:-

प्रभारी चिकित्सा पदाधिकारी,  
.....।

प्रखण्ड विकास पदाधिकारी,  
.....।

जिला कल्याण पदाधिकारी,  
गिरिडीह।