



मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि से सहायता के लिये आवेदन पत्र का प्रारूप

प्रति,

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
जिला मध्यप्रदेश

सत्यापित
फोटो

विषय : राज्य बीमारी सहायता निधि से गरीबी की रेखा के नीचे जीवन-यापन करने वाले परिवारों को सहायता ।

1. रोगी का नाम
2. आयु
3. पिता / पति का नाम
4. जाति (अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति / पिछड़ा वर्ग / सामान्य)
5. व्यवसाय
6. परिवार की कुल आय
7. निवास स्थान / मकान नं.
वार्ड क्रमांक ग्राम / नगर
तहसील जिला मध्यप्रदेश
पिन कोड क्रमांक
8. बीमारी का नाम जिसका इलाज करना है
9. मान्यता प्राप्त चिकित्सा संस्था जहाँ इलाज कराना है का नाम एवं प्राक्कलन

सत्यापन

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

स्थान :

दिनांक :

आवेदक के हस्ताक्षर

(अंगूठा निशानी यदि अनपद हो)

भाग - 2

जिला कार्यालय द्वारा की जाने वाली कार्यवाही

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

प्रमाण - पत्र

1. प्रमाणित किया जाता है श्री/श्रीमती/कु.....
पिता / पति
मकान नं. वार्ड. क्रमांक मोहल्ला/नगर/ग्राम
तहसील.....जिला मध्यप्रदेश
राज्य के मूल निवासी है और आवेदक द्वारा पत्र में उल्लेखित विवरण की प्रारंभिक जांच से संतुष्टि
कर ली गई है कि आवेदक गरीबी रेखा के नीचे जीवन यापन करने वाले परिवार का सदस्य है।

2. आवेदक श्री/श्रीमती/कु.....
पिता / पति
मकान नं. वार्ड. क्रमांक मोहल्ला/नगर/ग्राम
तहसील.....जिला मध्यप्रदेश का नाम ग्राम पंचायत/
नगर पंचायत /नगर निगम / नगर पालिकामें गरीबी रेखा के
नीचे जीवन यापन करने वाले परिवारों के रजिस्ट्र में क्रमांक पर दर्ज है।
(उपर्युक्त प्रमाण-पत्र जिलाध्यक्ष द्वारा स्वयं हस्ताक्षरित किया जायेगा और ऐसा न होने पर आवेदन
मान्य नहीं किया जा सकेगा)

जिलाध्यक्ष के हस्ताक्षर
एवं कार्यालय मुद्रा / सील

जिला :

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।

(सिविल सर्जन का प्रमाण-पत्र)

जिलाध्यक्ष जिला..... के पत्र

संदर्भ में प्राप्त आवेदन-पत्र में दर्ज रोगी श्री/श्रीमती/कु..... उम्र.....

पिता/पति..... मकान नं. वार्ड क्रमांक

मोहल्ला/नगर/ ग्राम तहसील जिला

मध्यप्रदेश का परीक्षण मेरे द्वारा डॉ./ विशेषज्ञ

किया गया। मैं संतुष्ट हूँ कि रोगी श्री / श्रीमती / कु.....

नाम से पीड़ित है और समुचित इलाज हेतु.....

..... चिकित्सालय भेजना प्रस्तावित है। रोगी की दशा एवं पूर्ण इलाज का ब्यौरा निम्नलिखित है।

.....

.....

के इलाज होने वाला व्यय मान्यता प्राप्त चिकित्सालय द्वारा निर्धारित दर अनुसार राशि रुपये

..... होगा।

दिनांक

सिविल सर्जन के हस्ताक्षर

विशेषज्ञ के हस्ताक्षर

एवं कार्यालय की मुद्रा / सील

चैक लिस्ट -

1. गरीबी रेखा के नीचे जीवन - यापन करने का प्रमाण पत्र जिलाध्यक्ष द्वारा हस्ताक्षरित हैं / नहीं।
2. सिविल सर्जन द्वारा रोग का प्रमाण पत्र प्रमाणित है / नहीं।
3. मान्यता प्राप्त अस्पताल जहां इलाज किया जाना है एवं इलाज पर होने वाले व्यय का प्राक्कलन संलग्न हैं / नहीं।

उपरोक्त प्रमापीकरण 3 प्रतियों में दिया जावे। एक प्रति जिलाध्यक्ष को, दूसरी रोगी का एवं तीसरी प्रति बोर्ड के रिकार्ड में रखी जावे।

प्रदेश के मान्यता प्राप्त चिकित्सालय की सूची

हृदयरोग शल्यक्रिया

1. भोपाल मेमोरियल हास्पिटल एवं रिसर्च सेन्टर, भोपाल (म.प्र.)।
2. भण्डारी हास्पिटल एंड रिसर्च सेन्टर, इन्दौर, (म.प्र.)।
3. सी.एच.एल. अपोलो हास्पिटल, इन्दौर, (म.प्र.)।
4. बाम्बे अस्पताल, इन्दौर, मध्यप्रदेश।
6. समस्त शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय सह अस्पताल (म.प्र.)

गुर्दा प्रत्यारोपण

1. टी. चौईधराम अस्पताल, इन्दौर, (म.प्र.)।

कैंसर रोग

1. जवाहरलाल नेहरू कैंसर अस्पताल, भोपाल (म.प्र.)
2. नवोदय कैंसर अस्पताल, भोपाल (म.प्र.)
3. शासकीय कैंसर अस्पताल, इन्दौर/जबलपुर (म.प्र.)
4. कैंसर अस्पताल, ग्वालियर (म.प्र.)
5. समस्त शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय सह अस्पताल मध्यप्रदेश

घुटना बदलना, कूल्हे के बदलना एवं रीड की हड्डी का ऑपरेशन

1. एस.एन.जी. हास्पिटल, इन्दौर, मध्यप्रदेश।

प्रदेश के बाहर मान्यता प्राप्त चिकित्सालय

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 1. अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली | 10. एल.एन.टी.पी. हास्पिटल, नई दिल्ली |
| 2. जी.बी. पंत हास्पिटल, नई दिल्ली | 11. बाम्बे हास्पिटल, मुम्बई |
| 3. के.ई.एम. हास्पिटल, मुम्बई | 12. लीलावती हास्पिटल, मुम्बई |
| 4. जसलोक हास्पिटल, मुम्बई | 13. स्कार्ट हास्पिटल, नई दिल्ली |
| 5. टाटा मेमोरियल हास्पिटल, मुम्बई | 14. बत्रा हास्पिटल, नई दिल्ली |
| 6. नानावटी हास्पिटल, मुम्बई | 15. अपोलो हास्पिटल, हैदराबाद |
| 7. सी.एम.सी. वेलूर | 16. इन्द्र प्रस्थ हास्पिटल, नई दिल्ली |
| 8. अपोलो हास्पिटल, चेन्नई | 17. केयर हास्पिटल, हैदराबाद |
| 9. शंकर नेत्रालय चेन्नई | |

चिन्हित बीमारियों के उपचार की निर्धारित दरें :-

क्र.	रोग का नाम	निर्धारित दर
1.	कार्डिक सर्जरी	एक वाल्व दो वाल्व सी.ए.बी.जी. सी.एच.डी.
2.	गुर्दा प्रत्यारोपण	रुपये 72,000/- से 90,000/-
3.	घुटना बदलना	रुपये 99,000/- से 1,20,000/-
4.	कूल्हा बदलना	रुपये 55,000/- से 85,000/-
5.	अन्य चिन्हित बीमारी	रुपये 50,000/- से 90,000/-
		रुपये 1,45,000/-
		रुपये 58,000/-
		रुपये 35,000/-
		प्राक्कलन / अनुमानित व्यय अनुसार।

निर्धारित चिन्हित बीमारियां जिनके इलाज हेतु सहायता राशि दी जावेगी की सूची :-

- | | |
|--|--|
| 1. कैंसर सर्जरी, कीमोथेरेपी, रेडियोथेरेपी | 1. All cancer surgery, Chemotherapy & Radiotherapy |
| 2. वक्शा रोग शल्यक्रिया | 2. Thoracic Surgery |
| 3. रीनज सर्जरी एवं रीनज ट्रान्सप्लांटेशन | 3. Renel Surgery & Renel Transplantation |
| 4. कूल्हा बदलना | 4. Total Hip Joint Replacement |
| 5. घुटने का बदलना | 5. Renel Surgery & Renel Transplantation |
| 6. सिर की चोटों जिसमें आपरेशन की आवश्यकता हो | 6. Head Injury requiring Operative Intervention |
| 7. स्पाइनल सर्जरी | 7. Spinal Surgery |
| 8. रेटिनल डिटेचमेंट | 8. Retinal Detachment |
| 9. प्रसवोत्तर जटिलतायें | 9. Post pureperal complications |
| 10. हृदय सर्जरी | 10. Cardiac Surgery |