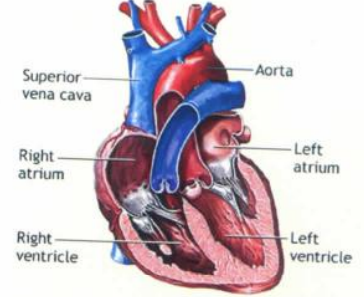


छत्तीसगढ़ शासन स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग का एक अभिनव प्रयास



मुख्यमंत्री बाल हृदय सुरक्षा योजना आवेदन पत्र का प्रारूप

(कार्यालय उपयोग हेतु)

मरीज ID No.....

प्रति,

राज्य नोडल अधिकारी (मुख्यमंत्री बाल हृदय सुरक्षा योजना)
लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग
छत्तीसगढ़ (रायपुर)

1. रोगी का नाम.....लिंग उम्र (5 से 15 वर्ष)
 2. पिता का नाम श्री
 3. आधार नम्बर.....
 4. निवास स्थान (पूर्ण पता) :- मकान नं.....वार्ड क्रमांकग्रामपोस्ट
वि०ख/तह.....जिला छ०ग०
 5. टेलीफोन नं.....(अपने या अपने ग्राम प्रमुख का जो आपको सूचित कर सके।)
 6. शासन द्वारा चिन्हित हृदय रोग जिसका इलाज कराना है (चिकित्सक द्वारा स्पष्ट रूप से लिखा जावे)
- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. VSD. -(VENTRICULAR SEPTAL DEFECT) | 2. ASD. -(ATRIAL DEFECT) |
| 3. TOF. -(TETRALOGY OF FALLOT) | 4. PDA. -(PATENT DUCTUS ARTERIOSUS) |
| 5. PS. -(PALMONARY STENOSIS) | 6. COA. -(COARCTATION OF AORTA) |
| 7. RHD WITH VALVULAR DISEASE | |
7. चिकित्सा संस्थान जहाँ इलाज कराना है। (शासन से उपचार हेतु अनुबंधित संस्थान)
1. अपोलो बी०एस० आर० अस्पताल भिलाई
 2. रामकृष्ण केयर अस्पताल रायपुर छ०ग०

3. अपोलो अस्पताल बिलासपुर छ0ग0
4. श्री बालाजी हॉस्पिटल रायपुर छ0ग0
5. एमएमआई नारायणा हॉस्पिटल रायपुर
6. श्री नारायणा हास्पिटल रायपुर
7. प्रदेश एवं केन्द्र के समस्त शासकीय चिकित्सालय

स्थान

दिनांक

आवेदक के हस्ताक्षर

(अंगूठे का निशान यदि अनपढ़ हो तो)

पूर्व में इलाज करने वाले चिकित्सक का प्रमाण – पत्र

प्रमाणित किया जाता है, कि मास्टर/कु0/.....
 पिता श्री निवासी ग्राम
 पोस्ट.....वि0ख /तहजिला.....छ.0ग.0
 का मेरे द्वारा (बीमारी का नाम) का इलाज किया जा रहा है ।

स्थान

दिनांक

चिकित्सक का नाम एवं हस्ताक्षर

सील सहित

भाग -2

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

1. मतदाता परिचय पत्र (माता /पिता)/आधार नम्बर.....
2. आधार-नम्बर.....
3. दोनो न होने की स्थिति में एसडीएम का प्रमाण पत्र ।

अथवा

प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है, कि मास्टर/कु
 पिता श्रीआयु निवासी मकान नं..... वार्ड क्रमांक
 ग्रामपोस्ट वि0ख
 जिला छ.0ग. राज्य का मूल निवासी है एवं पीड़ित 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 / दर्ज नहीं है तथा मुख्यमंत्री बाल हृदय सुरक्षा योजना के तहत उपचार की अनुशंसा की जाती हैं।

अनुविभागीय दण्डाधिकारी के हस्ताक्षर एवं सील
जिला छ0ग0

टीपः- अनुविभागीय दण्डाधिकारी (तहसीलदार / नायब तहसीलदार द्वारा हस्ताक्षर किया जावेगा) मुख्यमंत्री बाल हृदय सुरक्षा योजना का लाभ गरीबी रेखा श्रेणी के साथ ही जो गरीबी रेखा श्रेणी में नहीं आते हैं, उनको भी इस योजना का लाभ मिलेगा, किन्तु पीड़ित अगर गरीबी रेखा श्रेणी का नहीं हैं तो उसका उल्लेख अवश्य किया जावे।

भाग-3

(विभागाध्यक्ष, कार्डियोलाजी, पं.ज.ने. मेडिकल कॉलेज
रायपुर छ0ग0 का प्रमाण - पत्र)

कार्यपालक अधिकारी जिला छत्तीसगढ़ के पत्र क्रमांक
के संदर्भ में प्राप्त आवेदन पत्र में दर्ज मास्टर / कु
पिता श्री ग्राम पोस्ट
वि0ख जिला छ.0ग. का परीक्षण मेरे द्वारा
डॉ0 विशेषज्ञ की सहायता से किया गया है। मैं संतुष्ट हूँ कि रोगी
मास्टर / कु रोग से पीड़ित है और इसके
समुचित इलाज हेतु चिकित्सालय भेजना प्रस्तावित है। रोगी की दशा
एवं पूर्ण इलाज का संक्षिप्त ब्यौरा निम्नलिखित है।

टीपः- पीड़ित के ईको रिपोर्ट का अवलोकन अवश्य करे।

स्थान

दिनांक

विभागाध्यक्ष , कार्डियोलाजी

पं.ज.ने. मेडिकल कॉलेज रायपुर छ0ग0

सील सहित हस्ताक्षर

टीपः— विभागाध्यक्ष, कार्डियोलाजी पं.ज.ने. मेडिकल कॉलेज रायपुर छ0ग0, प्रमुख चिकित्सक सह अस्पताल अधीक्षक अपने जिले से उपचार हेतु भेजे जाने वाले प्रकरण की जानकारी से जिले के मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी को अवगत कराने की व्यवस्था करेंगे। मुख्यमंत्री बाल हृदय सुरक्षा योजना के तहत अनुबंधित अस्पतालों में उपचार हेतु प्रकरण भेजे जाते हैं, किन्तु अनुबंधित संस्थाओं की अनुशंसा पर प्रकरण यदि प्रदेश से बाहर उपचार हेतु भेजे जाते हैं तो प्राक्कलन आवश्यक होगा।

शासन से अनुबंधित जिस संस्थान में पीड़ित उपचार चाहता है उसे आवेदन अनुरूप उसी अस्पताल में उपचार हेतु भेजा जावेगा। पीड़ित बच्चों का परीक्षण अनुबंधित अस्पताल में किया जा सकता है।

चेक लिस्ट

1. मतदाता परिचय पत्र/आधार नम्बर की छायाप्रति।
2. राशन कार्ड की छायाप्रति।
3. राज्य के बाहर ईलाज हेतु रेफरल प्रमाण पत्र शासकीय मेडिकल कॉलेज द्वारा।
4. छत्तीसगढ़ राज्य का मूल निवासी प्रमाण पत्र।
5. अस्पताल का नाम जहाँ इलाज किया जाना है, एवं ईलाज पर होने वाले व्यय प्राक्कलन का मूल प्रमाण पत्र संलग्न है / नहीं है।
6. मरीज की बीमारी से संबंधित निदान (Diagnosis) अब तक कराए गए जांच (Investigation) एवं इलाज (Treatment) से संबंधित सभी कागजातों की प्रतियाँ मूल आवेदन के साथ अवश्य संलग्न करें, ताकि चिकित्सा विशेषज्ञ (मुख्यमंत्री बाल हृदय सुरक्षा योजना) द्वारा प्रकरण का समुचित परीक्षण कर स्वीकृति के संदर्भ में उचित निर्णय लिया जा सके जैसे – हृदय रोग के मरीजों की जांच रिपोर्ट, इको कार्डियोग्राफी रिपोर्ट अवश्य संलग्न करें।

उपरोक्तानुसार मूल आवेदन के साथ चाही गई उपरोक्त प्रमाणीकरण 2 प्रतियों में दिया जावे। एक प्रति मूल आवेदन एवं परीक्षण संबंधी दस्तावेज सहित मुख्यमंत्री बाल हृदय सुरक्षा योजना कार्यालय संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, छत्तीसगढ़, पुराना नर्सिंग छात्रावास प्रथम तल, डी.के.एस.परिसर, छ0ग0 रायपुर, टेलीफोन नम्बर – 07712235616, 4026201 तथा दूसरी प्रति (छायाप्रति) अपने पास सुरक्षित रखें। आवेदन www.cghealth.nic.in के नव जीवन पोर्टल (C.G. Health → Navjeevan) के जरिये ऑनलाईन भी जमा किया जा सकता है।

नोट:

1. विभागाध्यक्ष , कार्डियोलाजी पं.ज.ने. मेडिकल कॉलेज रायपुर छ0ग0 द्वारा प्रमाण पत्र हस्ताक्षरित होने पर आवेदन पत्र आवेदक द्वारा स्वयं / पत्र वाहक के साथ / डाक द्वारा – राज्य नोडल अधिकारी, मुख्यमंत्री बाल हृदय सुरक्षा योजना द्वारा संचालक, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग पुराना नर्सिंग हॉस्टल, मंत्रालय परिसर, रायपुर, छत्तीसगढ़ को प्रस्तुत किया जावे ।
2. केवल पूर्ण आवेदन प्रकरण (जिसमें उपरोक्तानुसार मूल आवेदन के साथ चाही गई जानकारीयां पूर्ण रूपेण संलग्न हो) ही संचालक को प्रेषित करें – अपूर्ण आवेदन प्रेषित करने पर प्रकरण की स्वीकृति में अनावश्यक विलम्ब हो सकता है ।

