



**छत्तीसगढ़ राज्य स्वास्थ्य मिशन
राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य योजना का
एक अभिनव प्रयास**



**मुख्यमंत्री बाल हृदय सुरक्षा योजना के तहत सहायता के लिए
आवेदन पत्र का प्रारूप**

श्री/श्री.पी.मालानी

राज्य नोडल अधिकारी (मुख्यमंत्री बाल हृदय सुरक्षा योजना)

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

छत्तीसगढ़ (रायपुर)

प्रेषक:-

1. मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी जिला छ0ग0
2. प्रमुख चिकित्सक सह अस्पताल अधीक्षक जिला छ0ग0
5. रोगी का नाम लिंग उम्र (5 से 15 वर्ष)
6. पिता का नाम श्री
7. निवास स्थान (पूर्ण पता) :- मकान नं. वार्ड क्रमांक ग्राम
पोस्ट वि0ख/तह जिला छ0ग0
8. शासन द्वारा चिन्हित हृदय रोग जिसका इलाज करना 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

5. चिकित्सा संस्थान जहाँ इलाज करना है। (शासन से उपचार हेतु अनुबंधित संस्थान)

9. अपोलो बी0एस0 आर0 अस्पताल भिलाई 2 एस्कार्ट हार्ट सेन्टर रायपुर

3 रामकृष्ण केयर अस्पताल रायपुर

4 अपोलो अस्पताल बिलासपुर

स्थान

आवेदक के हस्ताक्षर

दिनांक

(अंगूठे का निशान यदि अनपढ़ हो तो)

पूर्व में इलाज करने वाले चिकित्सक का प्रमाण - पत्र

प्रमाणित किया जाता है, कि मास्टर/कु/
 पिता श्री निवासी ग्राम पोस्ट
 वि०ख /तह जिला छ०ग० का ग०रे द्वारा
 (बीमारी का नाम) का इलाज दिन/मास/वर्ष से
 किया जा रहा है ।

स्थान

चिकित्सक का नाम एवं हस्ताक्षर

दिनांक

सील सहित

भाग - 2

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

प्रमाण पत्र

9. प्रमाणित किया जाता है, कि मास्टर/कु पिता श्री
 निवासी मकान नं. वार्ड क्रमांक
 ग्राम पोस्ट वि०ख
 जिला छ०ग० 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 ।

आवेदक का नाम अगर गरीबी रेखा परिवार की सूची में दर्ज नहीं है तो
 कार्यपालक अधिकारी (नायब तहसीलदार से नीचे नहीं) द्वारा इस आशय का प्रमाण पत्र
 संलग्न किया जावे, कि आवेदक गरीबी रेखा की श्रेणी का नहीं है किन्तु आर्थिक
 स्थिति इतनी अच्छी नहीं है कि उपचार का खर्च वहन कर सके, अतः मुख्यमंत्री बाल
 हृदय सुरक्षा योजना के तहत उपचार की अनुमति की जाती है ।

कार्यपालक अधिकारी के हस्ताक्षर एवं सील

जिला छ०ग०

कार्यपालक अधिकारी द्वारा प्रमाण पत्र हस्ताक्षरित होने पर आवेदक को सिविल
 सर्जन जिला अस्पताल के पास भेजा जावेगा जो आवेदक का परीक्षण करके
 निम्नलिखित प्रमाण-पत्र अंकित करेंगे ।

भाग-3

(सिविल सर्जन का प्रमाण - पत्र)

कार्यालय अधिकारी जिला छत्तीसगढ़ के पत्र क्रमांक के
 संदर्भ में प्राप्त आवेदन पत्र में दर्ज मास्टर / कु
 पिता श्री ग्राम पोस्ट .
 वि०ख जिला छ०ग० का परीक्षण
 मेरे द्वारा डॉ० 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।

स्थान
 दिनांक

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

टीप:- प्रमुख चिकित्सक सह अस्पताल अधिकारी 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।

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 जहाँ इलाज किया जाना है, एवं इलाज पर होने वाले व्यय प्राक्कलन का मूल प्रमाण पत्र संलग्न है / नहीं है ।
4. मरीज की बीमारी से संबंधित निदान (Diagnosis) अब तक कराए गए जांच (Investigator) 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 3 प्रतियों में दिया जावे । एक प्रति कार्यपालक अधिकारी को दूसरी रोगी को व तीसरी प्रति (मूल प्रति) मुख्यमंत्री बाल हृदय सुरक्षा योजना, संचालनालय के रिकार्ड में रखी जावेगी ।

नोट:

1. 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, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग पुराना नर्सिंग हॉस्टल, मंत्रालय परिसर, रायपुर छत्तीसगढ़ को प्रस्तुत किया जावे ।
2. इलाज कराने वाली संस्था द्वारा प्रदाय प्राक्कलन व्यय का मूल प्रमाण पत्र संलग्न करना अनिवार्य है ।
3. केवल पूर्ण आवेदन प्रकरण (जिसमें उपरोक्तानुसार मूल आवेदन के साथ चाही गई जानकारी पूर्ण रूपेण संलग्न हों) ही संचालक को प्रेषित करें - अपूर्ण आवेदन प्रेषित करने पर प्रकरण की स्वीकृति में अनावश्यक विलम्ब हो सकता है।