

वित्तीय सहायता के लिए आवेदन-पत्र

कृपया सही (✓) का निशान लगाएं

राष्ट्रीय आरोग्य निधि (आरएएन)	स्वास्थ्य मंत्री विवेकाधीन अनुदान	
-------------------------------	-----------------------------------	--

1	रोगी का नाम (साफ अक्षरों में)	
2	आयु	
3	(क) स्थायी पता एवं पिन कोड नंबर	
	(ख) पत्र- व्यवहार का पता	
4	(क) ई-मेल पता (यदि उपलब्ध हो)	
	(ख) मोबाइल नं. (यदि उपलब्ध हो)	
5	(क) पिता/माता का नाम	
	(ख) पति/पत्नी का नाम	
6	रोगी के साथ आवेदक का संबंध	
7	किस रोग से ग्रसित हैं (रोग का नाम)	
8	क्या आवेदक या वह व्यक्ति, जिस पर रोगी निर्भर है केंद्र/राज्य सरकार की कर्मचारी/पेंशनर है।	
9	तहसीलदार/बी.डी.ओ/एन.डी.ओ/एस.डी.एम/डी.सी आदि द्वारा जारी आवेदक और परिवार के सभी सदस्यों की सभी स्रोतों से मासिक आय (आय प्रमाण-पत्र की सत्यापित प्रति, संलग्न करें। तथापि, जहां ऑनलाइन प्रमाण-पत्र जारी किए जाते हैं, उन मामलों में आय प्रमाण-पत्र की स्वयं सत्यापित प्रति संलग्न करें)।	
10	अपेक्षित वित्तीय सहायता की राशि।	
11	(क) क्या रोग के उपचार के लिए वित्तीय सहायता स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय से भिन्न किसी मंत्रालय/विभाग/ प्रधानमंत्री कार्यालय से प्राप्त की गई है। (ख) क्या वित्तीय सहायता इससे पहले स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय से प्राप्त की है। यदि हां, तो पूरा विवरण दिया जाए।	
12	राशन कार्ड की अनुप्रमाणित प्रति संलग्न करें।	
13	आधार कार्ड नं. (अनुप्रमाणित प्रति संलग्न करें)।	

घोषणा

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि उक्त दी गई सूचना हर तरह से सही एवं पूर्ण है।

दिनांक:

आवेदक/ रोगी के हस्ताक्षर

उस मामले/अस्पताल आदि के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाए, जहां रोगी उपचार ले रहा है।

1. रोगी का नाम एवं अस्पताल पंजीकरण सं.
2. की गई महत्वपूर्ण जांच की रिपोर्टों का सार
3. निदान-वर्तमान रोग स्थिति पर
एक लघु टिप्पणी का उल्लेख करें
4. यदि, रोगी का ऑपरेशन किया
गया है तो, कृपया ऑपरेशन की
तारीख का उल्लेख करें
5. (क) उस अस्पताल का नाम जहां रोगी उपचार ले रहा है
.....
(ख) अस्पताल सरकारी है अथवा निजी.....
6. उपचार के लिए संस्तुत की गई राशि
7. ऑपरेशन/इंटरवेंशन की तारीख
8. कॉलम 6 में संस्तुत व्यय का मद-वार ब्यौरा

ऑपरेशन/उपचार के लिए अपेक्षित उपभोग्य सामग्रियों/औषधियों का नाम	लागत (रु. में)
1	
2	
3	
4	
5	

9. प्रमाणित किया जाता है कि उपचार/पद्धति की लागत कैंसर की के लिए सीजीएचएस दरों/ टाटा स्मारक अस्पताल की दरों की अनुसार है।

विभागाध्यक्ष/प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर
(कम से कम परामर्शदाता/सहायक प्रोफेसर के स्तर के अधिकारी द्वारा मुहर सहित)

प्रमाणित किया जाता है कि रोगी के उक्त दिए गए विवरण मेरे समस्त ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार सत्य हैं।

अस्पताल/चिकित्सा संस्था के चिकित्सा अधीक्षक
द्वारा रबर की मुहर के साथ हस्ताक्षर