

राज्य नोडल एजेंसी
मुख्यमंत्री विशेष स्वास्थ्य सहायता योजना
स्वास्थ्य भवन, चतुर्थ तल, सेक्टर 19, नॉर्थ ब्लॉक
नवा रायपुर, अटल नगर, छत्तीसगढ़
e-mail- snachhattisgarh@cg.gov.in
दूरभाष नंबर – 0771-2235616

आवदेन पत्र

अस्पताल का नाम _____
अस्पताल का पूर्ण पता _____
दूरभाष नंबर _____ अस्पताल का ईमेल आईडी _____

मरीज/आवेदक के द्वारा भरा जाना है

मरीज का नाम _____
पिता/पति का नाम _____ आयु/लिंग _____
पूर्ण पता - ग्राम/शहर _____
पंचायत/नगरीय निकाय _____ विकासखण्ड _____ जिला _____
मरीज का दूरभाष नंबर _____
आवेदक का नाम _____ आवेदक का दूरभाष नंबर _____
राशनकार्ड नंबर _____ राशन कार्ड का प्रकार : प्राथमिकता/अन्त्योदय/अन्य
परिवार की स्थिति एपीएल बीपीएल
आयुष्मान कार्ड नंबर _____

मरीज/आवेदक के हस्ताक्षर _____
दिनांक _____
स्थान _____

मरीज/आवेदक द्वारा घोषणा

मैं/हम अपने डिस्चार्ज के समय अंतिम बिल और डिस्चार्ज सारांश पर हस्ताक्षर करने के लिए सहमति देता हूँ/देते हैं।

मैं/हम उक्त अस्पताल को मुख्यमंत्री विशेष स्वास्थ्य सहायता योजना, राज्य नोडल एजेंसी, छत्तीसगढ़ को अस्पताल में भर्ती होने से संबंधित सभी मूल दस्तावेज जमा करने की अनुमति देने के लिए सहमत हूँ/हैं।

आवेदक का नाम _____ मरीज से रिश्ता _____
मरीज/आवेदक का हस्ताक्षर _____
दिनांक _____ स्थान _____

उपचार करने वाले चिकित्सक / अस्पताल द्वारा भरा जावे

उपचार करने वाले चिकित्सक का नाम _____

चिकित्सक की विशेषता एवं योग्यता _____

दूरभाष नंबर _____

बीमारी का संक्षिप्त विवरण _____

वर्तमान बीमारी का पिछला रिपोर्ट (यदि हो तो) _____

अस्थायी निदान (Provisional diagnosis) _____

भर्ती मरीज का विवरण

भर्ती की तिथि _____

भर्ती का प्रकार आपातकालीन योजनाबद्ध (Elective)

प्रस्तावित उपचार चिकित्सा व्यवस्था (Medical management)

शल्य क्रिया प्रबंधन (Surgical) गहन देखभाल (ICU)

प्रस्तावित उपचार का संक्षिप्त विवरण व अनुमानित व्यय राशि

1. हेल्थ (HBP) पैकेज कोड व पैकेज की राशि _____

(यदि प्रस्तावित उपचार पैकेज में संलग्न नहीं है)

क्र.	व्यय का प्रकार	विवरण	अनुमानित व्यय
1	कमरे का प्रकार (अपेक्षित अवधि)	ICU with Ventilator दिन	
		ICU without Ventilator दिन	
		HDU दिन	
		जनरल वार्ड दिन	
2	जांच (प्रमुख जांचों के नाम)		
3	ऑपरेशन / प्रक्रिया		
4	दवाईयां (प्रमुख दवाईयों के नाम)		
5	Consumables/Implant का नाम		
6	अन्य व्यय (जो उपर के बिन्दुओं में संलग्न न हो)		
7	कुल अनुमानित व्यय		

पुरानी बीमारी का विवरण, पिछला रिपोर्ट, यदि हो तो –

1. मधुमेह. 2. हृदय रोग 3. उच्च रक्तचाप. 4. कैंसर 5. कोई अन्य बीमारी

चिकित्सक घोषणा (कृपया ध्यान से पढ़ें)

मैं/हम पुष्टि करते हैं कि मैंने/हमने इस फॉर्म को पढ़ एवं समझ लिया है तथा इससे सहमत हैं।

उपचार करने वाले चिकित्सक का नाम व हस्ताक्षर _____

योग्यता _____ राज्य मेडिकल काउंसिल में पंजीयन क्र. _____

अस्पताल द्वारा घोषणा पत्र

1. शासन द्वारा अधिकृत अधिकारी/कर्मचारी द्वारा अस्पताल में भर्ती होने से संबंधित दस्तावेजों की पुष्टि करने में कोई आपत्ति नहीं होगी।
2. दी गई चेकलिस्ट के अनुसार मरीज द्वारा विधिवत प्रतिहस्ताक्षरित सभी वैध मूल दस्तावेज मरीज की छुट्टी के 7 दिनों के भीतर टी.एम.एस. पोर्टल पर अपलोड किए जाएंगे।
3. मरीज की घोषणा पर हमारी उपस्थिति में रोगी या उसके प्रतिनिधि द्वारा हस्ताक्षर लिया जावेगा।
4. इस अस्पताल में भर्ती होने के संबंध में उठाए गए प्रश्नों के स्पष्टीकरण प्रदान करने के लिए सहमत हैं और स्पष्टीकरण देने में किसी भी देरी के लिए हमारी जिम्मेदारी होगी।
5. योजना अंतर्गत दिए गए सभी नियमों एवं शर्तों का पालन करेंगे।
6. हितग्राही/मरीज से सहमत पैकेज दरों से अधिक कोई अतिरिक्त राशि नहीं ली जाएगी।
7. सहमत पैकेज दरों से अधिक हितग्राही/मरीज से किसी भी अतिरिक्त राशि की अनाधिकृत वसूली की स्थिति में राज्य नोडल एजेंसी, छत्तीसगढ़ हमसे इसे वसूलने या आवश्यक कार्यवाही करने का अधिकार सुरक्षित रखती है, जैसा कि एमओयू या लागू कानून के तहत प्रदान किया गया है।
8. टी.एम.एस, एन.एच.ए., पी.एम.जे.वाई., राज्य शासन, मुख्यमंत्री विशेष स्वास्थ्य सहायता योजना द्वारा दिए गए निर्देशों का पालन किया जावेगा।
9. राज्य शासन द्वारा समय-समय पर दिए गए दिशा-निर्देशों का पालन करेंगे तथा शासन द्वारा चाही गई जानकारी को नियत समय-सीमा के भीतर उपलब्ध कराया जायेगा।

अस्पताल द्वारा उपलब्ध कराये जाने वाले दस्तावेज

(अपंजीकृत/राज्य के बाहर के अस्पताल हेतु)

1. विस्तृत डिस्चार्ज सारांश और अस्पताल के सभी बिल की सत्यापित प्रतिलिपि।
2. अस्पताल/केमिस्टों से उचित नुस्खे द्वारा समर्थित कैश मेमो।
3. पैथोलॉजिस्ट/रेडियोलॉजिस्ट से प्राप्तियां और परीक्षण रिपोर्ट, ऐसे परीक्षणों की सिफारिश करने वाले उपस्थित मेडिकल प्रैक्टिशनर/सर्जन के नोट द्वारा समर्थित।

अस्पताल का सील _____

अधिकृत चिकित्सक/अस्पताल प्रबंधन के हस्ताक्षर _____

दिनांक _____ समय _____

राज्य नोडल एजेंसी
मुख्यमंत्री विशेष स्वास्थ्य सहायता योजना
स्वास्थ्य भवन, चतुर्थ तल, सेक्टर 19, नॉर्थ ब्लॉक
नवा रायपुर, अटल नगर, छत्तीसगढ़
e-mail- snachhattisgarh@cg.gov.in
दूरभाष नंबर – 0771-2235616

शासकीय मेडिकल कॉलेज चिकित्सालय द्वारा रेफरल हेतु प्रारूप

- मरीज का नाम : _____
- पिता का नाम : _____
- उम्र : _____
- पूर्ण पता : _____
- दूरभाष नंबर : _____
- भर्ती दिनांक : _____
- प्राथमिक उपचार : _____
- उपचार का विवरण : _____
- चिकित्सालय का नाम : _____
- रेफर दिनांक : _____
- चिकित्सक जिनके द्वारा
रेफर किया गया : _____
- रेफर किये जाने का
उचित स्पष्ट कारण : _____
- रेफर किये जाने वाले
चिकित्सालय का पता : _____
- दूरभाष नंबर : _____
- चिकित्सालय जहां रेफर
किया जाना है : _____
- पता : _____
- दूरभाष नंबर : _____
- मरीज/मरीज के परिजन के
द्वारा रेफर किये गये चिकित्सालय में उपचार हेतु सहमति : _____

दिनांक _____

चिकित्सक का नाम

सील मय हस्ताक्षर

राज्य नोडल एजेंसी
मुख्यमंत्री विशेष स्वास्थ्य सहायता योजना
स्वास्थ्य भवन, चतुर्थ तल, सेक्टर 19, नॉर्थ ब्लॉक
नवा रायपुर, अटल नगर, छत्तीसगढ़
e-mail- snachhattisgarh@cg.gov.in
दूरभाष नंबर – 0771-2235616

चेक लिस्ट (प्रकरण के साथ संलग्न करने हेतु)

- राज्य में निर्मित ई-कार्ड अथवा अंत्योदय/प्राथमिकता राशन कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें।
- माननीय मुख्यमंत्री महोदय द्वारा शिथिल प्रकरण की स्थिति में राज्य में निर्मित ई-कार्ड अथवा अंत्योदय/प्राथमिकता राशन कार्ड की प्रतिलिपि एवं छत्तीसगढ़ राज्य के मूल निवासी प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें।
- मरीज की बीमारी से संबंधित जॉच रिपोर्ट (Diagnosis) :- अब तक कराये गये जांच (Investigation) एवं ईलाज (Treatment) से संबंधित सभी कागजात की प्रतियां मूल आवेदन के साथ अवश्य संलग्न करें, ताकि मुख्यमंत्री विशेष स्वास्थ्य सहायता योजनांतर्गत प्रकरण का समुचित परीक्षण कर स्वीकृति के संदर्भ में उचित निर्णय लिया जा सके।
- प्रत्यारोपण प्रकरण के संदर्भ में माननीय सर्वोच्च न्यायालय के निर्देशानुसार समस्त जरूरी प्रमाण पत्र/दस्तावेजों की संबंधित अस्पताल द्वारा सत्यापित प्रतिलिपियां।
- मुख्यमंत्री विशेष स्वास्थ्य सहायता योजनांतर्गत निर्धारित प्रारूप में भरा गया पूर्ण आवेदन पत्र ऑनलाईन पोर्टल पर अपलोड किया जावे।
