

ମୁଖ୍ୟମନ୍ତ୍ରୀଙ୍କ ରିଲିଫ ପାଣ୍ଠିରୁ ଚିକିତ୍ସା ସହାୟତା ପାଇବା ନିମନ୍ତେ ଦରଖାସ୍ତ ଫର୍ମ

ରୋଗୀ ଅନୁବନ୍ଧିତ ଥିବା ହାସପାତାଳରେ ଚିକିତ୍ସାଧୀନ ଥିବା ସମୟରେ କିମ୍ବା ହାସପାତାଳରୁ ବହିଷ୍କାର ହେବାର ତିନିମାସ ମଧ୍ୟରେ ଆବେଦନ କରି ପାରିବେ ।

୧. (କ) ରୋଗୀଙ୍କ ନାମ :-

(ଖ) ପିତା/ସ୍ୱାମୀ/ଅଭିଭାବକଙ୍କ ନାମ :-

୨. ବୟସ :-

୩. ପେଶା :-

୪. (କ) ସ୍ଥାୟୀ ଠିକଣା

ଗ୍ରାମ -

ଝାଡ଼ ନ -

ପୋଷ୍ଟ -

ଥାନା-

ବ୍ଲକ-

ତହସିଲ-

ଉପଖଣ୍ଡ-

ଜିଲ୍ଲା-

(ଭୋଟର / ଆଧାର ପରିଚୟ ପତ୍ରର ନକଲ ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ)

(ଖ) ପତ୍ର ବିନିମୟ ନିମନ୍ତେ ଠିକଣା :-

୫. ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ନାମ :-

(ଯଦି ରୋଗୀ ନିଜେ ଆବେଦନକାରୀ ହୋଇନଥାନ୍ତି)

ରୋଗୀଙ୍କ ସହିତ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ସମ୍ପର୍କ :-

୬. ପରିବାର ବାର୍ଷିକ ଆୟ :-

(ତହସିଲଦାରଙ୍କଠାରୁ ପ୍ରଦତ୍ତ ବାର୍ଷିକ ଆୟର ପ୍ରମାଣ ପତ୍ର ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ)

୭. କେଉଁ ରୋଗରେ ପୀଡ଼ିତ ଅଟନ୍ତି :-

୮. ଚିକିତ୍ସିତ ହେଉଥିବା ହାସପାତାଳ ର ନାମ :-

(କ) ହାସପାତାଳରେ ପ୍ରବେଶ ତାରିଖ :-

(ବେଡ୍ ଟିକଟର ନକଲ ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ)

(ଖ) ହାସପାତାଳରେ ନିର୍ଗମନ ତାରିଖ :-

୧. ନିର୍ଗମନ ପ୍ରମାଣ ପତ୍ର ନକଲ ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ :

୨. ବ୍ୟୟ କରିଥିବା ବିଲଗୁଡ଼ିକୁ ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ :

୯) ରୋଗୀ କିମ୍ବା ରୋଗୀଙ୍କ ପିତା/ମାତା/ସ୍ୱାମୀ ସରକାରୀ କର୍ମଚାରୀ ଅଟନ୍ତି କି ? (ହଁ) (ନାଁ)

୧୦) ରୋଗୀ କିମ୍ବା ତାଙ୍କ ପରିବାର

ବିଜୁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କଲ୍ୟାଣ ଯୋଜନାରେ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ଅଟନ୍ତି କି ? :- (ହଁ) (ନାଁ)

ଯଦି ହଁ, ତାହେଲେ ଦେୟମୁକ୍ତ ଚିକିତ୍ସା ନ ନେଇଥିବାର କାରଣ :-

୧୧) ଚିକିତ୍ସା ନିମନ୍ତେ ନିମ୍ନଲିଖିତ ସଂସ୍ଥାରୁ ଆର୍ଥିକ ସହାୟତା ପାଇଛନ୍ତି କି ?

	(ହଁ)	ପରିମାଣ	(ନାଁ)
* ବିଜୁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କଲ୍ୟାଣ ଯୋଜନା	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
* ମୁଖ୍ୟମନ୍ତ୍ରୀଙ୍କ ସାହାଯ୍ୟ ପାଣ୍ଠି	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
* ପ୍ରଧାନମନ୍ତ୍ରୀଙ୍କ ସାହାଯ୍ୟ ପାଣ୍ଠି	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
* ଜିଲ୍ଲାପାଳ / ମୁନିସିପାଲ କମିଶନର / ଉପଜିଲ୍ଲାପାଳ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
* ଅନ୍ୟ ବୀମା ଯୋଜନାରୁ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

୧୨) ନି ଲିଖିତ କାଗଜାତଗୁଡ଼ିକ ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ

- (କ) ହାସପାତାଳ ବହିଷ୍କାର ପ୍ରମାଣପତ୍ରର ନକଲ
- (ଖ) ହାସପାତାଳରେ ରେ ଖର୍ଚ୍ଚ କରିଥିବା ଅନ୍ତିମ ବିଲ (ମୂଳ ପ୍ରମାଣ ପତ୍ର)
- (ଗ) ବାର୍ଷିକ ଆୟାର ପ୍ରମାଣ ପତ୍ର
- (ଘ) ରୋଗୀଙ୍କ ଭୋଟର କିମ୍ବା ଆଧାର ପ୍ରମାଣ ପତ୍ରର ନକଲ
- (ଙ) ଅଙ୍ଗବାନର ମଞ୍ଜୁରୀ ପତ୍ର (କିଡନୀ ଓ ଲିଭର ରୋଗୀଙ୍କ ପାଇଁ)

ଘୋଷଣା

ମୁଁ ଶ୍ରୀ / ଶ୍ରୀମତୀ _____ ପିତା / ମାତା / ସ୍ଵାମୀ ଶ୍ରୀ / ଶ୍ରୀମତୀ _____ ଏତଦ୍ଵାରା ଘୋଷଣା କରୁଅଛି ଯେ , ମୋ ଦ୍ଵାରା ପ୍ରଦତ୍ତ ସମସ୍ତ ତଥ୍ୟ ସଠିକ୍ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଟେ । ଏଥିସହିତ ପୁନର୍ବାର ଘୋଷଣା କରୁଅଛି ଯେ , ମୁଁ କିମ୍ବା ମୋର ପିତା ବା ମାତା କେନ୍ଦ୍ର / ରାଜ୍ୟ ସରକାରଙ୍କ କର୍ମଚାରୀ କିମ୍ବା ରାଜ୍ୟ / ରାଷ୍ଟ୍ରୀୟ ନିଗମର କର୍ମଚାରୀ ନୁହେଁ ।

ଯଦି ପରବର୍ତ୍ତୀ ସମୟରେ ଅନୁସନ୍ଧାନରୁ ଜଣାପଡ଼େ ଯେ , ଉପରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ତଥ୍ୟ ଭ୍ରମାତ୍ମକ କିମ୍ବା ବିଭ୍ରାନ୍ତିକର , ତେବେ ମୁଁ ଆଇନ ଅନୁଯାୟୀ ଦଣ୍ଡିତ ହେବି

ସ୍ଥାନ :-

ଦସ୍ତଖତ :

ତାରିଖ :-

(ଆବେଦନକାରୀ /ରୋଗୀ)

ମୋବାଇଲ ନଂ -

(ମନ୍ତ୍ରୀ/ସାଂସଦ /ବିଧାୟକ ସୁପାରିଶ)

ଚିକିତ୍ସା ଅଧିକାରୀ / ହାସପିଟାଲ ଯାହାଙ୍କ ତତ୍ପରାଧାନରେ ରୋଗୀ ଚିକିତ୍ସିତ ହେଉଥିବେ ତାଙ୍କ ଦ୍ଵାରା ପୂରଣ କରାଯିବ

୧. ରୋଗୀଙ୍କ ନାମ :

୨. ହାସପିଟାଲ ନାମ :

୩. ଅଳ୍ପ ବିଭାଗ ରେଜିଷ୍ଟ୍ରେସନ ନାମ :

ଓ ହାସପିଟାଲ ରେ ପ୍ରବେଶ ତାରିଖ :

ରୋଗ ସମ୍ବନ୍ଧରେ ସଂକ୍ଷିପ୍ତ ବିବରଣୀ :

୪. କରାଯାଇଥିବା ଗୁରୁତ୍ଵପୂର୍ଣ୍ଣ ଅନୁସନ୍ଧାନର ତାଲିକା :

୫. ରୋଗର ନିଦାନ :

୬. ଚିକିତ୍ସା ର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ :

(କ) ମେଡିକାଲ ମ୍ୟାନେଜମେଣ୍ଟ, ଆଇସିୟୁ :-

(ଖ) ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର :-

(ଗ) କେମୋଥେରାପି :-

(ଘ) ହେମୋଡିଆଲିସିସ :-

(ଙ) ଅନ୍ୟାନ୍ୟ :-

୭. ଚିକିତ୍ସା ଖର୍ଚ୍ଚର ପରିମାଣ :

(କ) ଚିକିତ୍ସା ଅନୁସନ୍ଧାନରେ :- ଟ.

(ଖ) ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର :- ଟ.

(ଗ) ଔଷଧ ବାବଦରେ :- ଟ.

(ଘ) ହାସପିଟାଲ ଦେୟ :- ଟ.

(ଙ) ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ଖର୍ଚ୍ଚ :- ଟ.

ମୋଟ :- ଟ.

(ଅକ୍ଷରରେ _____)

୮) ରୋଗୀ ରାଷ୍ଟ୍ରୀୟ ସ୍ଵାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା ଯୋଜନା / ବିଜୁ ସ୍ଵାସ୍ଥ୍ୟ କଲ୍ୟାଣ ଯୋଜନା ଆର୍ଥିକ ସହାୟତା ପାଇଛନ୍ତି କି ?

ଯଦି ହଁ, ତେବେ ସହାୟତା ରାଶିର ପରିମାଣ :-

ଯଦି ନାଁ, ତେବେ କାରଣ :-

ସ୍ଵାସ୍ଥ୍ୟ ଅଧିକାରୀଙ୍କ ସ୍ଵାକ୍ଷର

ହାସପିଟାଲର ମୋହର

ସୁପାରିଶ

ହାସପିଟାଲର ମୁଖ୍ୟ ଅଧିକାରୀଙ୍କ ସ୍ଵାକ୍ଷର

ହାସପିଟାଲର ମୋହର