



:संजीवनी कोष से सहायता के लिये आवेदन पत्र का प्रारूप:

अधिसूचना क्रमांक एफ. 18-01/2000/नौ/17, छ.ग. शासन स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, दिनांक 08/03/13 के पश्चात् संशोधन उपरांत

प्रति,

राज्यनोडल अधिकारी (संजीवनी कोष)

द्वारा:- संचालक

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें

पुराना नर्सिंग छात्रावास प्रथमतल -

डी.के.एस.परिसर छग. रायपुर

टेलीफोन/फैक्स- 0771-2235616

प्रेषक:- जिलाधीश/सिविल सर्जन/स्वयं /जिला..... छ.ग.

विशेष टीप:-

1. यह सेवा गरीबी रेखा के नीचे जीवन यापन करने वाले परिवार एवं मुख्यमंत्री खाद्यान्न सहायता योजना के कार्डधारी पीड़ितों के लिये है, किन्तु जो पीड़ित इस श्रेणी में नहीं आते हैं उनके लिये विशेष परिस्थितियों में नियमों को शिथिल करने का अधिकार मान. मुख्यमंत्री छ.ग. शासन को है। अतः ऐसे प्रकरण मान. मुख्यमंत्री सचिवालय के माध्यम से प्रेषित किये जावें ताकि अगर प्रकरण पर स्वीकृति प्राप्त होती है, तो नियमानुसार स्वीकृति पश्चात् सहायता उपलब्ध कराई जा सकती है।
2. संजीवनी सहायता कोष से संजीवनी की 30 सूचीगत बीमारियों/प्रक्रियाओं पर एक बार ही सहायता दिये जाने का प्रावधान है। स्वीकृत सूची से अन्य बीमारियों से पीड़ित आवेदन नहीं करे। वे अपना उपचार गरीबी रेखा अथवा मुख्यमंत्री खाद्यान्न सहायता योजना का राशन कार्ड प्रस्तुत कर प्रदेश के सभी शासकीय चिकित्सालयों में उपलब्ध सेवाओं के आधार पर नियमित उपचार ले सकते हैं।
3. संजीवनी सहायता कोष से पीड़ित के उपचार हेतु स्वीकृत राशि संबंधित संस्थान को भेजी जाती है। पीड़ित को नगद सहायता राशि दिये जाने का कोई प्रावधान नहीं है। संजीवनी सहायता कोष से कार्यात्तर स्वीकृति का भी कोई प्रावधान नहीं है। अतएव ऐसे प्रकरण नहीं भेजे जावे, परंतु दुर्घटना एवं आपात स्थिति में हितग्राही पंजीकृत/अपंजीकृत चिकित्सालय में भर्ती होकर अपना उपचार प्रारंभ कर सकेगा। संजीवनी कोष से सहायता हेतु आवेदन पत्र निर्धारित प्रपत्र में पूर्ण कर 7 दिवस के अंदर राज्यनोडल अधिकारी संजीवनी कोष में जमा करेगा। प्रस्तुत आवेदन पर संचालक स्वास्थ्य सेवायें के अध्यक्षता में गठित समिति विचार कर निराकरण करेगी। संबंधित चिकित्सालय को प्रचलित C.G.H.S. दर अथवा शासन द्वारा अनुमोदित दर जो भी कम हो पर सत्यापन उपरांत भुगतान किया जावेगा। दोनो दर उपलब्ध न होने पर प्रचलित बाजार दर भुगतान किया जावेगा, जो कि गुर्दा प्रत्यारोपण व मस्तिष्क में चोट को छोड़कर 1.50 लाख से अधिक नहीं होगा। गुर्दा प्रत्यारोपण में 3 लाख व मस्तिष्क में चोट हेतु अधिकतम सहायता राशि 2 लाख रूपये होगी। (हितग्राही को किसी भी प्रकार की नगद सहायता राशि दिये जाने का प्रावधान नहीं है।)
4. संजीवनी की 30 सूचिगत बीमारियों में से सरल क्रमांक 2,3,7,10,12, को छोड़कर शेष सभी सूचिगत बीमारियों का उपचार डॉ. बी.आर. अम्बेडकर अस्पताल रायपुर सिम्स बिलासपुर, मेडिकल कॉलेज जगदलपुर में उपलब्ध है। वही सरल क्रमांक 3 में गुर्दाप्रत्यारोपण के लिये सहायता उपलब्ध कराई जावेगी किन्तु गुर्दे की शल्यक्रिया किया संबंधी सेवा डॉ.बी.आर. अम्बेडकर अस्पताल में उपलब्ध है। एवं शेष सूचिगत बीमारियों के प्रकरण डॉ.बी.आर. अम्बेडकर अस्पताल, सिम्स बिलासपुर, मेडिकल कॉलेज जगदलपुर से उपचार हेतु अनुशंसा किये जाने पर राज्य के अंदर मान्यता प्राप्त चिकित्सालयों में रिफर किये जावेंगे। तथा राज्य के बाहर रिफर किये जाने वाले प्रकरण डॉ.बी.आर. अम्बेडकर मेडिकल कॉलेज रायपुर के पश्चात् ही भेजे जावेंगे।
5. हृदय रोग, गुर्दा प्रत्यारोपण एवं नेत्ररोग हेतु शासन से अनुबंधित संस्थाओं में ही प्रकरण उपचार हेतु भेजे जाते हैं। सरल क्रमांक 4 एवं 5 के उपचार हेतु डॉ.बी.आर. अम्बेडकर अस्पताल रायपुर के अस्थि रोग विभाग से प्राक्कलन प्राप्त कर संलग्न करें। इसी तरह सरल क्रमांक 2,3,7,10,12 को छोड़कर सभी प्रकरण जिला अस्पतालों के माध्यम से डॉ.बी.आर. अम्बेडकर अस्पताल रायपुर, सिम्स बिलासपुर, मेडिकल कॉलेज जगदलपुर भेजे जावेंगे। वहीं सरल क्रमांक 3 में गुर्दा प्रत्यारोपण छोड़कर गुर्दे की अन्य शल्यक्रिया हेतु प्रकरण को डॉ.बी.आर. अम्बेडकर अस्पताल रायपुर ही प्रेषित किये जावेंगे। रायपुर संभाग के प्रकरण मेडिकल कॉलेज रायपुर, बिलासपुर एवं अम्बिकापुर संभाग के प्रकरण सिम्स बिलासपुर, जगदलपुर संभाग के प्रकरण मेडिकल कॉलेज जगदलपुर द्वारा अनुशंसित किये जावेंगे।

संजीवनी कोष के अंतर्गत जिन बीमारियों के लिये सहायता राशि दी जाती है उनके नाम निम्नानुसार है:-

- 1- **All Cancer Surgery Chemotherapy & Radiotherapy** (सभी प्रकार के कैंसर रोग का पूर्ण उपचार एवं आपरेशन)
- 2- **Thoracic Surgery** (वक्षीय शल्यक्रियायें थोरेसिक सर्जरी) -
- 3- **Renal Surgery & Renal Transplantation** (गुर्दे की शल्यक्रियायें एवं गुर्दा प्रत्यारोपण) -
- 4- **Total Hip Joint Replacement** (कूल्हे की हड्डी बदलना) -
- 5- **Knee Joint Replacement** (घुटना बदलना)
- 6- **Head Injury Requiring Operative Intervention** (सिर में आई अंदरूनी चोट हेड इन्ज्यूरी जिसकी शल्यक्रिया आवश्यक हो)-
- 7- **Organ Transplantation** (अंग प्रत्यारोपण)
- 8- **Comatose Conditions** (नीम बेहोशी की स्थितियाँ) -
- 9- **Spinal Surgery** (शीर्ष की हड्डी की शल्यक्रियायें) -
- 10- **Retinal Detachment** (आंख के परदे की अलग होने की शल्यक्रियायें) -
- 11- **Post Puerperial Complications** (प्रसवोत्तर जटिलतायें) -
- 12- **Cardiac Surgery** (हृदय की शल्यक्रियायें) -
- 13- **Injuries caused by industrial Accidents, Handling Agricultural Machines, Bomb Blast and Natural calamities**(प्राकृतिक विपदाओं, आद्योगिक दुर्घटनाओं, कृषि उपकरणों एवं बम विस्फोट से हुई दुर्घटना के उपचार एवं शल्यक्रियायें) -
- 14- **Haemodialysis**
- 15- **Peritoneal Dialysis**
- 16- **Hepatitis B.C.(inj)**
- 17- **Stricture Urethra**
- 18- **Burn Cases**
- 19- **Portal Hypertension**
- 20- **Diabetes Mellitus (inj) Insulin**
- 21- **Juvenile Diabetes**
- 22- **Shunt Surgery for Portal Hypertension (Spleno renal)**
- 23- **Lobectomy for Lungs**
- 24- **Paediatric Renal Transplant**
- 25- **Multi Organ Failure-Falciparam Malaria**
- 26- **Acute Renal Failure**
- 27- **Prostate Surgery (BPH Turp)**
- 28- **ERCP (Pancreatic Duct & Bileduct Shunt)**
- 29- **Shunt for Lithotripsy**
- 30- **Portal Hypertension Shunt Surgery (Portocaval)**

सरल क्रमांक 14 से 30 तक डॉ.बी.आर.अम्बेडकर अस्पताल रायपुर, सिम्स अस्पताल बिलासपुर, मेडिकल कॉलेज जगदलपुर में उपचार उपलब्ध होने उपरोक्त संस्थानों में उपचार किया जावेगा। उपरोक्त संस्थानों द्वारा अनुशंसित किये जाने पर राज्य के अंदर मान्यता प्राप्त चिकित्सालयों में उपचार हेतु भेजा जावेगा। राज्य के बाहर उपचार हेतु अनुशंसित किये जाने पर डॉ.बी.आर.अम्बेडकर अस्पताल रायपुर द्वारा अनुशंसित प्रकरण ही भेजे जावेंगे।

भाग-1
// आवेदक द्वारा भरा जावे //

रोगी का नाम..... पिता/पति श्री आयु वार्ड क मकान नं. ग्रा/शहर
पो..... वि.खं तह..... जिला (कृपया अपना पता पत्राचार हेतु स्पष्ट शब्दों में लिखें)

❊ अभी तक किस संस्थान में उपचार लिया गया है परीक्षण संबंधी जानकारी के साथ संक्षिप्त विवरण दें।

❊ शासन द्वारा पूर्व में रोग के उपचार हेतु किसी तरह की वित्तीय सहायता कराई गई है यदि हां तो प्राप्त सहायता का विवरण दें।

सहायता स्रोत का नाम..... सहायता कितनी बार उपलब्ध कराई गई स्वीकृत राशि..... कब
एवं कितनी बार दी गई।

// सत्यापन //

मैं/हम सत्य निष्ठा से घोषणा करता हूँ/करते हैं कि आवेदन पत्र में उपरोक्त सभी विवरण मेरी/हमारी जानकारी के अनुसार पूर्णतः सत्य है और कुछ भी छिपाया नहीं गया है।

स्थान.....

दिनांक.....

आवेदक के हस्ताक्षर

(अंगूठा निशानी यदि अनपढ़ हो)

विलम्ब से बचने के लिये (आवेदन पत्र पूर्ण होने पर ही प्रस्तुत करें ताकि त्वरित कार्यवाही कर सेवा नियमानुसार उपलब्ध कराई जा सके)

गवाह के नाम एवं पूर्ण पता.....

हस्ताक्षर

(अनपढ़ आवेदक के मामले में)

:- इलाज करने वाले चिकित्सक का प्रमाणपत्र :-

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/कु./श्रीमती..... पिता/पति..... निवासी.....

मकान नं. वार्ड ग्रा./नगर पोस्ट आफिस..... वि.खं.....

तह..... जिला..... छत्तीसगढ़ का मेरे द्वारा (बीमारी का नाम) का इलाज

.....दिन/मास/वर्ष से किया जा रहा है।

स्थान

दिनांक

चिकित्सक का नाम पंजीयन क्रमांक

एवं पूर्ण पता हस्ताक्षर

भाग- 2

जिला कार्यालय द्वारा की जाने वाली कार्यवाही

आवेदक के मूलनिवासी एवं गरीबी रेखा के नीचे जीवन यापन अथवा मुख्यमंत्री खाद्यान्न सहायता योजना के हितग्राही परिवार का प्रमाण पत्र

प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/कु./श्रीमती पिता/पति श्री.....

निवासी..... मंनं वार्ड ग्राम/नगर..... पो.आ. वि.खं.....

तह..... जिला छत्तीसगढ़ राज्य का मूल निवासी है। तथा आवेदक (पीडित) का नाम ग्रा

पंचायत/नगर पंचायत/नगर पालिका निगम में गरीबी रेखा के नीचे जीवन यापन करने वाले परिवारों के रजिस्टर में सरल क्रमांक

पर दर्ज है। अथवा

मुख्यमंत्री खाद्यान्न सहायता योजना के अंतर्गत कार्डधारी है। राशन कार्ड क्रमांक..... है, व्यक्ति का नाम पारिवारिक विवरण में

क्रमांक पर वर्णित है।

जिलाधीश के हस्ताक्षर एवं सील

जिला छ0ग0

उपर्युक्त प्रमाण पत्र पर जिलाधीश द्वारा स्वयं हस्ताक्षर किया जावेगा। अपूर्ण होने पर आवेदन मान्य नहीं किया जा सकेगा।

भाग 3
सिविल सर्जन का प्रमाण पत्र

कलेक्टर जिला छ0ग0 के पत्र क्रमांक के संदर्भ में प्राप्त आवेदन पत्र में दर्ज रोगी श्री/कु
/श्रीमति पिता/पति निवासी/ग्रा/शहर..... मकान नं. वार्ड पो.आ.
..... वि.ख. तह. जिला छ0ग0 का परीक्षण मेरे द्वारा डॉ0
..... विशेषज्ञ की सहायता से किया गया है, मैं संतुष्ट हूँ कि रोगी श्री/कु/श्रीमति रोग से पीड़ित है तथा इसके समुचित
इलाज हेतु..... चिकित्सालय भेजना प्रस्तावित है रोगी की दशा एवं इलाज का ब्योरा निम्नलिखित है.....

टीप- सिविल सर्जन कार्यालयों से प्रकरण निजी संस्थाओं को सीधे न भेजे जाकर रायपुर संभाग के प्रकरण डॉ.बी.आर.अम्बेडकर मेडिकल कॉलेज रायपुर, बिलासपुर एवं अम्बिकापुर संभाग के प्रकरण सिम्स बिलासपुर, तथा जगदलपुर संभाग के प्रकरण मेडिकल कॉलेज जगदलपुर के लिये ही प्रेषित किये जावें।

स्थान

दिनांक.....

सिविल सर्जन के हस्ताक्षर

विशेषज्ञ के हस्ताक्षर

साफ शब्दों में सील सहित

भाग 4

'चेक लिस्ट'

1. छत्तीसगढ़ राज्य का मूल निवासी प्रमाण पत्र एवं गरीबी रेखा के नीचे जीवन यापन करने का प्रकरण है/नहीं है।
2. सिविल सर्जन द्वारा रोग का प्रमाण पत्र संलग्न है /नहीं है।
3. मरीज की बीमारी से संबंधित निदान कथं हदवधे अब तक कराये गये जांच Investigation एवं इलाज Treatment से संबंधित सभी कागजात की प्रतिया मूल आवेदन के साथ अवश्य संलग्न करें। ताकि संजीवनी कोष द्वारा प्रकरण का समुचित परीक्षण कर स्वीकृति के संदर्भ में उचित निर्णय लिया जा सकें। जैसे सिर की सांघातिक चोट (Head Injury) ब्रेन ट्यूमर के मरीजों में सी.टी. स्कैन, हृदय रोग मरीजों हेतु ईको कार्डियोग्राफी एवं गुर्दा प्रत्यारोपण में माननीय सर्वोच्च न्यायालय के दिशा निर्देशों के परिपालन में गुर्दा देने वाले, एवं गुर्दा प्राप्त करने वाले द्वारा नोटरी से तैयार किया गया शपथ पत्र के साथ साथ गुर्दा क्रास मैच रिपोर्ट भी अवश्य संलग्न करें। उपरोक्त प्रमाणीकरण तीन प्रतियों में तैयार किया जावे जिसमें एक प्रति कलेक्टर को दूसरा प्रति आवेदक के पास तीसरी प्रति जो कि मूल आवेदन होगा। संजीवनी कोष संचालनालय के रिकार्ड में रखा जावेगा।
4. संजीवनी कोष के निर्धारित आवेदन पत्र प्रारूप पूर्ण होने पर स्वयं/पत्र वाहक के साथ/डाक द्वारा संजीवनी सहायता कोष संचालक स्वास्थ्य सेवायें पुराना नर्सिंग छात्रावास डी.के.एस.परिसर रायपुर को प्रस्तुत किया जावे।

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, छ.ग. द्वारा प्रसारित।

शपथ-पत्र



मै शपथ लेता हूँ कि मैने पूर्व में उपचार के लिए संजीवनी सहायता कोष से किसी तरह की आर्थिक सहायता प्राप्त नहीं की है।

नाम :-----

पिता/पति का नाम :-----

पता :-----

मोबाईल नम्बर :-----

आधार नम्बर :-----

आवेदक के हस्ताक्षर