

कार्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी (गैस राहत)
फिरोज गाँधी काम्पलेक्स, बैरसिया रोड़ भोपाल

गैस पीड़ित कैंसर रोगियों एवं उनके पुत्र/पुत्रियों के विभाग अंतर्गत अधिकृत के जवाहर लाल नेहरु/चिरायु/नवोदय कैंसर चिकित्सालयों में शासन के व्यय पर उपचार हेतु आवेदन पत्र के साथ आवश्यक दस्तावेजों की सूची :-

1. रोगी के 03 प्रमाणित फोटोग्राफ ।
2. कार्यालय कल्याण आयुक्त द्वारा पारित अंतिम मुआवजा आदेश एवं प्रोरेटा आदेश की सत्यापित (चिकित्सक/राजपत्रित अधिकारी) छायाप्रति (गैस पीड़ित होने के प्रमाण के संबंध में) ।
3. आय संबंधी घोषणा पत्र । (स्वयं के द्वारा)
4. कैंसर रोग होने के किसी एक कैंसर चिकित्सालयों द्वारा जारी कैंसर होने का प्रमाण पत्र एवं इलाज के व्यय का एस्टीमेट ।
5. गैस राहत चिकित्सालय के चिकित्सक द्वारा रोगी को कैंसर चिकित्सालयों में उपचार हेतु रेफर करने का ओ.पी.डी. पर्चा ।
6. जांचे जैसे सी.टी.स्केन. बायप्सी रिपोर्ट/यू.एस.जी./एम.आर.आई. की रिपोर्ट एवं अभी तक के इलाज के पर्चे/डिस्चार्ज टिकट इलाज/ ऑपरेशन की संक्षेपिका ।
7. निवास का प्रमाण पत्र, राशन कार्ड, बिजली का बिल, टेलीफोन का बिल ।
8. आई.डी.प्रुफ जैसे – वोटर आई डी, पेनकार्ड, ड्राईविंग लाईसेंस, पासपोर्ट, आधार कार्ड ।

आदेश
मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
गैस राहत, भोपाल

प्रति,

श्रीमान मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी (गैस राहत)
फिरोज गाँधी काम्पलेक्स, बैरसिया रोड़ भोपाल

विषय :-गैस पीड़ित कैंसर रोगी के निशुल्क उपचार/जाँच के संबंध में।

महोदय,

मैं गैस पीड़ित हूँ मुझे चिकित्सक द्वारा कैंसर रोग होना बताया गया है। गैस पीड़ित होने एवं कैंसर रोग के पुष्टि से संबंधित आवश्यक दस्तावेज आवेदन के साथ संलग्न हैं।

अतः शासन के नवीन कैंसर नीति अनुसार मुझे निशुल्क कैंसर उपचार हेतु जवाहर लाल नेहरू कैंसर चिकित्सालय/चिरायु कैंसर चिकित्सालय/नवोदय कैंसर चिकित्सालय भोपाल में उपचार हेतु रेफर करने का कष्ट करे।

दिनांक.....

प्रार्थी/प्रार्थिनी

नाम.....

पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री.....

निवासी.....

मोबाइल न.....

प्रति,

श्रीमान मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी (गैस राहत)
फिरोज गॉंधी काम्पलेक्स, बैरसिया रोड़ भोपाल

विषय :- गैस पीड़ित कैंसर रोगी के निशुल्क उपचारधजाँच के सम्बन्ध में।

महोदय,

मै गैस पीड़ित हूँ मुझे चिकित्सक द्वारा PET CT जाँच कराने हेतु बताया गया है। गैस पीड़ित होने एवं कैंसर रोग के पुष्टि से सम्बंधित आवश्यक दस्तावेज आवेदन के साथ संलग्न हैं।

अतः शासन के नवीन कैंसर नीति अनुसार मुझे निशुल्क PET CT जाँच हेतु SANYA DIAGNOSTICS CENTER भोपाल में उपचार हेतु रेफर करने का कष्ट करे।

दिनांक.....

प्रार्थी / प्रार्थिनी

नाम.....

पुत्र / पुत्री / पत्नी श्री.....

निवासी.....

मोबाइल न.....

//स्व-घोषणा –पत्र//

मैं निशुल्क कैंसर रोग के उपचार हेतु आवेदन करना चाहता/चाहती हूँ।

श्री/श्रीमति/कुमारी/कुमार.....

पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री..... उम्र.....वर्ष 2019

निवासी.....

.....जिलाम.प्र.

स.क्र.	विवरण	हाँ	नहीं
1	मैं गैस पीड़ित हूँ।		
2	मैं आयकर दाता हूँ।		
3	मैं शासकीय सेवक हूँ।		
4	मुझे अन्य किसी स्रोत से चिकित्सा प्रतिपूर्ति की पात्रता		

//आय संबंधी जानकारी//

(अ) मैं..... कार्य करता/करती हूँ, मेरे समस्त स्रोत से वार्षिक आय रु. है।

(ब) मैं गृहणी/वृद्ध/वृद्धा/पुत्र/पुत्री हूँ और मैं अपने पुत्र/पति/पिता/भाई पर आश्रित हूँ वह..... कार्य करते हैं। उनकी वार्षिक आय रु. है।

एतद् द्वारा घोषणा करता हूँ कि मैं/मेरे पिता/पति/किसी प्रकार की शासकीय सेवा में नहीं है। मेरे द्वारा दी गई उपरोक्त जानकारी मेरे ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार सत्य है, मैंने उनसे कुछ भी छिपाया नहीं है। मुझे संज्ञान है कि मेरे द्वारा असत्य या भ्रामक जानकारी देने पर मेरे विरुद्ध अपराधिक/दण्डनीय कार्यवाही की जा सकती है। साथ ही मुझे प्राप्त समस्त लाभों को भी वापस किया जावेगा।

स्थान – भोपाल

दिनांक –

हस्ताक्षर

नाम.....