

## रियायती प्रमाणपत्र

## वापसी यात्रा

कैंसर/थेलेसेमिया/हृदय/क्षय रोग/लुपस वलगरिस/असंक्रामक प्रमुख कुष्ठ रोग/हिमोफिलीया/एडस/सिकल सेल एनिमिया से पीड़ित रोगियों को रियायत के लिए केन्द्रीय सरकार या संबंधित राज्य सरकार के स्वास्थ्य विभाग द्वारा मान्यता प्राप्त अस्पताल के प्रभारी अधिकारी द्वारा उपयोग किए जाने के लिए फार्म।

सेवा में,  
स्टेशन मास्टर,  
-----  
-----

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/सुश्री ----- जिनका विवरण नीचे दिया गया है, वास्तव में कैंसर/थेलेसेमिया/हृदय/क्षय रोग/लुपस वलगरिस/असंक्रामक प्रमुख कुष्ठ रोग/हिमोफिलीया/एडस/सिकल सेल एनिमिया से पीड़ित रोगी\*\* है और रोगी द्वारा ----- + अस्पताल में पुनः जांच/आवधिक जांच के बाद डिस्चार्ज होने पर ----- (स्टेशन) से ----- (स्टेशन) तक की यात्रा अपेक्षित है।

रोगी का विवरण

(क) आयु  
(ख) लिंग

स्टेशन -----  
दिनांक -----

हस्ताक्षर -----

केन्द्रीय सरकार/राज्य सरकार के  
स्वास्थ्य विभाग द्वारा मान्यता प्राप्त अस्पताल/संस्था के प्रभारी अधिकारी  
(राज्य का नाम)

अस्पताल/संस्था की मोहर

\*\* जहां लागू नहीं हो उसे काट दें।  
+ अस्पताल का नाम आदि दर्शाएं।

नोट:

1. यह प्रमाणपत्र तीन महीने के लिए मान्य होगा.
2. इस फार्म में किसी प्रकार के परिवर्तन की अनुमति नहीं है।
3. यह प्रमाणपत्र रोगियों को मान्यता प्राप्त अस्पताल से संबद्ध स्टेशन से उनके निवास स्थान से संबद्ध स्टेशन तक की यात्रा के लिए जारी किया जाए।