

रोगियों के लिए रियायती प्रमाणपत्र

कैंसर/थेलेसेमिया मेजर/हृदय(सिर्फ हृदय संबंधी ऑपरेशन के लिए)/क्षय रोग/लुपस वलगरिस/असंक्रामक कुष्ठ रोग/गंभीर/सामान्य हिमोफिलीया से पीड़ित रोगी/नामित एआरटी केन्द्रों पर उपचार के लिए एडस रोगी/किडनी के रोगी सिर्फ डायलेसिस के लिए/किडनी ट्रांसप्लांट ऑपरेशन के रोगी/सिकल सेल एनिमिया/अप्लास्टिक एनिमिया से पीड़ित रोगियों को दी जाने वाली रियायत

आउटवर्ड यात्रा

कैंसर/थेलेसेमिया मेजर/हृदय(सिर्फ हृदय संबंधी ऑपरेशन के लिए)/क्षय रोग/लुपस वलगरिस/असंक्रामक कुष्ठ रोग/गंभीर/सामान्य हिमोफिलीया से पीड़ित रोगी/नामित एआरटी केन्द्रों पर उपचार के लिए एडस रोगी/किडनी के रोगी सिर्फ डायलेसिस के लिए/किडनी ट्रांसप्लांट ऑपरेशन के रोगी/सिकल सेल एनिमिया/अप्लास्टिक एनिमिया से पीड़ित रोगियों** को दी जाने वाली 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,

----- (स्टेशन)

----- (रेलवे)

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/सुश्री _____ जिसका विवरण नीचे दिया गया है, वास्तव में कैंसर/थेलेसेमिया मेजर/हृदय(सिर्फ हृदय संबंधी ऑपरेशन के लिए)/क्षय रोग/लुपस वलगरिस/असंक्रामक कुष्ठ रोग/गंभीर/सामान्य हिमोफिलीया से पीड़ित रोगी/नामित एआरटी केन्द्रों पर उपचार के लिए एडस रोगी/किडनी के रोगी सिर्फ डायलेसिस के लिए/किडनी ट्रांसप्लांट ऑपरेशन के रोगी/सिकल सेल एनिमिया/अप्लास्टिक एनिमिया से पीड़ित रोगी** हैं और इन्हें _____ (स्टेशन) से _____ (स्टेशन) तक की यात्रा अपेक्षित है। उक्त रोगी ने _____ + अस्पताल/संस्थान/केन्द्र में इलाज के लिए दाखिला ले लिया है/आवधिक जांच/ऑपरेशन के लिए यात्रा कर रहा है।

रोगी का विवरण

(क) आयु

(ख) लिंग

स्टेशन -----

दिनांक -----

हस्ताक्षर -----

प्रभारी अधिकारी

(केन्द्रीय सरकार/राज्य सरकार के

स्वास्थ्य विभाग द्वारा मान्यता प्राप्त अस्पताल/

संस्थान/एडस रोगी के मामले में नामित एआरटी सेंटर)

(राज्य का नाम)

अस्पताल/संस्थान/केन्द्र की मोहर/सील

** जहां लागू नहीं हो उसे काट दें।

+ अस्पताल/संस्थान/(केन्द्रीय सरकार/संबंधित राज्य सरकार के स्वास्थ्य विभाग द्वारा मान्यता प्राप्त) नामित सेंटर का नाम दर्शाएं
नोट:

1. यह प्रमाणपत्र जारी करने की तारीख से तीन महीने के लिए विधि मान्य होगा, कैंसर रोगियों को छोड़कर जिनके लिए यह एक वर्ष के लिए विधि मान्य है।
2. इस फार्म में किसी प्रकार का परिवर्तन किए जाने की अनुमति नहीं है।
3. यह प्रमाणपत्र रोगियों को केवल उसके निवास स्थल के स्टेशन से मान्यता प्राप्त अस्पताल/संस्थान/सेंटर के स्टेशन तक यात्रा करने के लिए जारी किया जाए।