

**नोट- मूल परिचय-पत्र देखने के बाद ही आवेदन पंजीबद्ध किया जावे**  
**प्रसूति सहायताजननी सुरक्षा योजनादीनदयाल अन्त्योदय उपचार योजनाजिलाराज्य बीमारी सहायता योजनान्तर्गत**  
**आवेदन सह आदेश-पत्र**

- 1 पंजीयन क्रमांक .....  
2. पंजीबद्ध श्रमिक का नाम  
3 पता  
4 प्रसूति का दिनांकप्रसूति स्थल  
5 अस्पताल का नाम जहां प्रसूतिचिकित्सा की गई  
6 बीमारी का विवरण  
7 **घोषणा-** मैं सत्यनिष्ठा से कथन करता हूं मेरे द्वारा दी गई जानकारी सही है असत्य पाये जाने की दशा मे राशि वापस करने का वचन देता हूं उपरोक्त के लिये मुझे किसी अन्य विभाग से सहायता प्राप्त नहीं हुई है  
स्थान :  
दिनांक :
- आवेदक के हस्ताक्षर**

**आदेश**

जांचोपरांत उपरोक्त विवरण सही पाए जानेसही न पाए जाने के कारण आवेदन स्वीकृतअस्वीकृत किया जाता है स्वीकृति की दशा में योजना का नाम के अन्तर्गत निम्नानुसार राशि रूपये चेक क्रमांक दिनांक बैंक का नाम शाखा का नाम द्वारा श्री को भुगतान किया गया

**मूल्यव्यय**

चिकित्सीय जांच  
औषधि  
चिकित्सा शुल्क  
परिवहन व अन्य व्यय

कुल स्वीकृत राशि : \_\_\_\_\_

स्थान:  
दिनांक :

स्वीकृतकर्ता के हस्ताक्षर  
नाम  
पदनाम

**पावती**

राशि रूपये बैंक क्रमांक दिनांक प्राप्त किये गयेप्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर  
दिनांक :

पूरा नाम  
पता

**स्वीकृतकर्ता अधिकारी कृपया ध्यान दें :-**

1 परिचय-पत्र की छायाप्रति के आधार पर आवेदन को स्वीकार नहीं किया जावे मूल परिचय-पत्र देखकर लौटा दिया जाना चाहिये तथा परिचय पत्र की छायाप्रति की मांग नहीं की जानी चाहिए आवेदक द्वारा दर्शाये विवरण की स्थल जांच कर पुष्टि हो जाने के पश्चात् ही सहायता राशि स्वीकृत की जाए

2 यदि पंजीबद्ध श्रमिक के परिवार को शासन के अन्य किसी विभागयोजना के अंतर्गत भी सहायता की पात्रता है तो पंजीबद्ध श्रमिक के लिये यह विकल्प होगा कि दोनों में से जहां बेहतर सुविधा मिल रही है उसका चयन वह कर सकेगा किन्तु एक ही प्रकार का लाभ एक से अधिक स्रोत से प्राप्त नहीं किया जा सकेगा