



सत्यमेव जयते

स्वपरायण, मानसिक मंदता, सेरेब्रल पाल्सी, बहुविकलांगों हेतु

‘निरामय’

हेल्थ इश्योरेन्स योजना



राष्ट्रीय न्यास भारत सरकार निःशक्तजनों का स्वास्थ्य बीमा किया जाता है, जिसमें स्वपरायणता, मानसिक मंदता, सेरेब्रलपाल्सी, बहुविकलांगता (आटिज्म, एम.आर, सी.पी., एम.डी.) को शामिल किया गया है, इस योजना में 0 से 60 वर्ष तक के स्वपरायणता, मानसिक मंदता, सेरेब्रल पाल्सी, बहुविकलांगों के इलाज हेतु एक लाख रुपये की इश्योरेन्स सुविधा दी गई है।

**आवेदन :-** फार्म को अंग्रेजी में भरना है, फार्म के साथ निम्न प्रमाण-पत्रों की फोटोकॉपी लगाएँ :-

1. विकलांगता का प्रमाण-पत्र
2. बी.पी.एल. राशन कार्ड
3. निवास एवं आय प्रमाण-पत्र
4. दो पासपोर्ट साईज फोटो संलग्न करना है।

**::- स्वास्थ्य बीमा के लाभ ::-**

क्रं.	सुविधा	लाभ
	सभी स्वास्थ्य सुविधाओं हेतु	1,00,000/-
1.	स्थानीय अस्पतालों में 4 दिन से अधिक भर्ती रह कर चिकित्सा कराने पर	25,000/-
2.	जन्मजात विकलांगता के ऑपरेशन पर	20,000/-
3.	ऑपरेशन के बाद विकलांगता की रोकथाम पर यदि विकलांगता बढ़ती हो तब	20,000/-
4.	ऑपरेशन के बाद फिजियोथैरेपी व अन्य थैरेपी पर 6 माह तक	15,000/-
5.	नियमित चिकित्सीय जाँच	2,500/-
6.	विकलांगता की उच्चस्तरीय एक्स-रे, पैथोलॉजी जाँचें तथा मॉनीटरिंग के लिए	10,000/-
7.	विकलांग के साथ होने वाली अन्य समस्याओं को रोकने के लिए सहायक थैरेपी हेतु	7,500/-
8.	जाँच/चिकित्सा हेतु बाहर जाने पर एम्बूलेंस किराया या यात्रा व्यय	1,500/-
9.	दाँतों की जाँचों पर	7,500/-
10.	चिकित्सक को यात्रा व्यय सुविधा लेने पर	2,000/-
11.	विकल्प चिकित्सा आयुर्वेद, होम्योपैथी अन्य दवाओं पर	2,000/-

समस्त सुविधाएँ प्राप्त करने के लिए स्वयं से व्यय किए गए खर्च के ओरिजनल बिल इश्योरेन्स कम्पनी को स्टेट नोडल एजेन्सी, सामाजिक न्याय विभाग, अशोकनगर के मार्फत जिले की लोकल लेवल कमेटी व एन.जी.ओ. के द्वारा भेजे जावेंगे।

**नोट :-** यह योजना बी.पी.एल. परिवार के लिए निःशुल्क है तथा 15 हजार रुपये तक मासिक आय के परिवार के विकलांगों के लिए रु. 250/- शुल्क तथा 15 हजार से अधिक आय होने पर रु. 500/- शुल्क निरामय राष्ट्रीय न्यास नई दिल्ली के नाम से खाता न. 30396764585 में जमा कर रसीद को फार्म के साथ संलग्न करें।

**जिला विकलांग एवं पुनर्वास केन्द्र (डी.डी.आर.सी.)**

अशोकनगर (म.प्र.)-473331

E-Mail ID :- [ddrc.ashoknagar@gmail.com](mailto:ddrc.ashoknagar@gmail.com) (☎- 07543-220075& 22246)

# FORM FOR PROVIDING INFORMATION ABOUT PERSON WITH DISABILITIES (For Nirmaya - Health Insurance Scheme)

37 00

1. Name of Person with disability.....  
विकलांग व्यक्ति का नाम

2. Name of Father's / Husband's.....  
पिता/ पति का नाम

3. Age ..... Date of Birth .....  
उम्र जन्म तिथि

4. Sex ..... Male / Female .....  
लिंग पुरुष/ स्त्री

5. Educational Qualifications .....  
शिक्षा का स्तर

6. Status..... Married / Unmarried .....  
स्तर विवाहित / अविवाहित



7. Type of Disability	विकलांगता का प्रकार	type प्रकार	Percentage प्रतिशत
(A) Autism स्व परायण		<input type="text"/>	<input type="text"/>
(B) Cerebral Palsy दिमागी लकवा		<input type="text"/>	<input type="text"/>
(C) Mental Retardation मानसिक मंदता		<input type="text"/>	<input type="text"/>
(D) Multiple Disabilities बहुविकलांगता		<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. Contact E-mail Address : **sevasamiti2008@yahoo.com**  
ई-मेल आइडी पता

9. Name of Legal Guardian if any and relationship with P.W.D. ....  
विकलांग व्यक्ति के लीगल गार्जियन का नाम या कोई रिश्ता जो विकलांग व्यक्ति से हो

10. Address for Correspondence : Near ..... Ward ..... Gram ..... Post.....  
संपर्क का पता पता वार्ड ग्राम पोस्ट

Block : ..... District : ..... State :- M.P. PIN Code .....  
तहसील जिला राज्य पिन कोड

11. Phone No. .... Mobile No. ....  
फोन नं. मोबाईल नम्बर

12. Family Incum of PWD परिवार की आय .....

13. Disabilities Certificate Insuing  
विकलांगता का प्रमाण-पत्र कहाँ से बना  
Medical Board/ LLC/LLC (NGO)  
मेडीकल बोर्ड / लोकल लेवल कमेटी / अशासकीय संस्था

14. Wether Filing under BPL  
गरीबी रेखा का कार्ड लगाएँ  
BPL Certificate No. ....  
गरीबी रेखा का कार्ड क्रमांक

15. BPL Certificate issuing authority  
गरीबी रेखा का कार्ड बनाने वाला कार्यालय

16. If Not filling under BPL. Details of Amount of Paid by the Beneficiary to National Trust Bank Account  
(SBI 30396764585) or Cheque / DD No .....

गरीबी रेखा के व्यक्ति न भरें। सामान्य जन प्रीमियम सीधे राष्ट्रीय न्यास के बैंक खाते 30396764585 में जमा कर रसीद / डी.डी. क्रमांक लिख रसीद लगाएँ

17. Name of NGO :- "SEVA" Shikshan Prashikshan Punarvas Avam Anusandhan Samitte  
40 Cantt & Tilakganj, SAGAR (M.P.) 470 002  
Tel & Fax 07582 -420322, 9229713822

18 Place

Date

Signature