

आर.ई.एल.एच.एस. लाभार्थियों के लिए बिना भुगतान (केश लेस) हेतु आवेदन पत्र
(बड़े अक्षरों में भरें)

हाल ही का रंगीन पासपोर्ट
साइज का फोटो चिपकाएं जो
कि केन्द्रीय चिकित्सालय,
जयपुर द्वारा सत्यापित किया
जाए

1. आवेदन का रजिस्ट्रेशन फार्म नम्बर
2. आर.ई.एल.एच.एस. कार्ड रजिस्टर करवाने की तिथि ।
3. स्वास्थ्य यूनिट जहां कार्ड रजिस्टर्ड है।
4. पेंशन पे आर्डर सं.
5. आहरित अंतिम वेतन राशि जो आर ई एच एच एस कार्ड हेतु जमा कराई गयी ।

पेंशन प्राप्तकर्ता का विवरण ।

1. सेवानिवृत्त कर्मचारी का नाम तथा आयु जो आर ई एल एच एस से पंजीकृत हो ।
2. पहचान चिन्ह
3. आवेदक की जन्म तिथि ।
4. स्थायी पता
5. वर्तमान पता
6. टेलीफोन / मोबाईल नम्बर
7. आर ई एल एच एस कार्ड नं. एवं जिसके द्वारा जारी किया गया हो।
8. केन्द्रीय अस्पताल का सीएमसी सं. (खाली छोड़ें)
9. ई मेल पता, यदि हो तो
10. ब्लड ग्रुप

हस्ताक्षर व आवेदक
के अंगूठे का निशान ।

आश्रितों की व्यक्तिगत जानकारी

(क) पति / पत्नि

हाल ही का रंगीन
पासपोर्ट साईज का फोटो
चिपकाएं जो कि केन्द्रीय
चिकित्सालय , जयपुर
द्वारा सत्यापित किया जाए
।

1. नाम.....
2. आयु.....
3. शरीर पर पहचान चिन्ह.....
4. ब्लड ग्रुप

हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

(ख) बच्चा (आश्रित)

हाल ही का रंगीन
पासपोर्ट साईज का फोटो
चिपकाएं जो कि केन्द्रीय
चिकित्सालय , जयपुर
द्वारा सत्यापित किया जाए
।

1. नाम.....
2. आयु.....
3. जन्म की तिथि.....
4. शरीर पर पहचान चिन्ह
5. सम्बन्ध (पुत्र/पुत्री).....
6. नौकरी में है या नहीं ।.....
7. विवाहित/अविवाहित
8. ब्लड ग्रुप

हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

(ग) विधवा आश्रित माँ

हाल ही का रंगीन
पासपोर्ट साईज का फोटो
चिपकाएं जो कि केन्द्रीय
चिकित्सालय , जयपुर
द्वारा सत्यापित किया जाए
।

1. नाम.....
2. आयु.....
3. शरीर पर पहचान चिन्ह
4. ब्लड ग्रुप

हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

(घ) अन्य आश्रित

10/- रूपये के न्यायिक स्टाम्प पेपर पर शपथ पत्र तथा घोषणा को मजिस्ट्रेट/नोटेरी पब्लिक द्वारा सत्यापित किया जाए।

1. मैं, श्री/श्रीमति..... विभाग.....(स्थान).....
का सेवानिवृत्त कर्मचारी सत्यनिष्ठा से शपथ लेकर निम्नानुसार घोषणा करता हूँ:-

1. कि मैं पेंशन पे आर्डर सं..... दिनांक..... के अनुसार पेंशन आहरित कर रहा हूँ।
2. यह कि मेरे वैद्य आश्रित है/हैं जिनके फोटोग्राफ इस शपथ पत्र पर नीचे चिपका/चिपके है/हैं।

नाम.....संबंध.....उम्र.....जन्मतिथि.....
स्वयं एवं आश्रितों का हस्ताक्षरित फोटो, नाम, संबंध तथा पहचान चिन्ह देते हुए। (प्रत्येक आश्रित का फोटो चिपकाएँ जाए तथा फोटो पर आरपार हस्ताक्षर किए जाए। दावेदार बच्चा/अवयस्क के मामले में, आवेदक द्वारा हस्ताक्षर किए जाए)

3. यह कि मेरा/मेरे पुत्र नौकरी नहीं करता है/करते हैं और यह कि मैं इस बात से अवगत हूँ /मेरा पुत्र/मेरे पुत्रों को किसी भी समय नौकरी लग जाने के बाद वह /वे आर.ई.एल.एच.एस. के लिए पात्र नहीं है/उसकी /उनकी नौकरी लगते ही मैं तत्काल रेल प्रशासन को सूचित कर दूंगा।

4. यह कि मेरी पुत्री/पुत्रियां विवाहित नहीं है/हैं। यह कि मैं इस तथ्य से भी अवगत हूँ कि मेरी पुत्री/पुत्रियां विवाह कर लेने के पश्चात आर.ई.एल.एच.एस. के लिए पात्र नहीं है/हैं। मैं उसकी/उनकी शादी हो जाने पर तत्काल आर.ई.एल.एच.एस. प्राधिकारियों को सूचित कर दूंगा।

5. यह कि मेरे आश्रितों के स्तर में किसी तरह के परिवर्तन (मृत्यु, विवाह, नौकरी लग जाने से) की स्थिति में, मैं सबसे पहले आर.ई.एल.एच.एस.को सूचित करूंगा और आर.ई.एल.एच.एस. की सुविधाओं के उपयोग को बंद कर दूंगा और मेरे आश्रितों के अपात्र होने के बाद वे कोई चिकित्सा करवाते हैं तो उसके इलाज पर हुए खर्च को पूरा लौटा देगा। अगर मैं ऐसा करने में विफल रहता हूँ तो मेरे विरुद्ध सिविल अपराधिक कार्यवाही के लिए दायी होऊंगा।

6. यह कि मैं केन्द्रीय सरकार, सार्वजनिक क्षेत्र उपक्रम या अन्य किसी भी सरकारी उपक्रम द्वारा चलायी जा रही किसी अन्य चिकित्सा योजना का सदस्य नहीं हूँ।

7. मैं यह भी जानता हूँ कि मैं कोई भी गलत सूचना देता हूँ या यदि मेरा आर.ई.एल.एच.एस. का दुरुपयोग किया जाता है या किसी भी अनाधिकृत व्यक्ति द्वारा उपयोग किया जाता है तो मेरी सदस्यता को बिना किसी सूचना या आगे सुनवाई के निरस्त कर दिया जाएगा।

इसके अतिरिक्त, मेरे अंशदान को जब्त कर लिया जाएगा और ऐसे अनाधिकृत व्यक्ति/व्यक्तियों पर हुए व्यय की पूरी लागत का भुगतान मुझे करना होगा। मैं आर.ई.एल.एच.एस. द्वारा की जाने वाली वैद्यनिक कार्यवाही के लिए भी दायी होऊंगा। मैं अपने आर.ई.एल.एच.एस. कार्ड खो जाने पर तत्काल स्वास्थ्य यूनिट को सूचित कर दूंगा और सिविल पुलिस में एफ. आई. आर. भी दर्ज कराऊंगा।

8. यह कि स्मार्ट कार्ड (कार्डों) का दुरुपयोग करने की स्थिति में या बिलों में हेरफेर करने पर या एक बार सदस्य बन जाने पर धोखा देने का प्रयत्न करने पर मेरी सदस्यता अपने आप ही जब्त करली जाएगी ।

अभिसाक्षी के हस्ताक्षर ।

सत्यापन

उपर्युक्त नाम का अभिसाक्षी एतद्द्वारा निष्ठापूर्वक घोषणा करके सत्यापित करता है कि उपर्युक्त शपथ पत्र की अंतर्वस्तु मेरी जानकारी व विश्वास में सही है आर इसमें किसी भी प्रकार के तथ्यों को छिपाया या दबाया नहीं गया है ।

.....स्थान पर इस (दिनांक) दिन.....(माह)..... (वर्ष) को सत्यापित किया जाता है ।

अभिसाक्षी के हस्ताक्षर ।

अनुप्रमाणन

प्रमाणित किया जाता है कि उपर्युक्त बयान अभिसाक्षी नाम..... द्वारा(स्थान)..... को इस..... दिन.....माह.....(वर्ष) को मेरे समक्ष किए गए जिसकी.....नाम पुत्र..... (पहचान कर्ता के पिता का नाम) द्वारा पहचान की गई है औरनाम पुत्र (प्रथम साक्षी के पिता का नाम) और नाम पुत्र..... (दूसर साक्षी के पिता का नाम) द्वारा साक्षी की गई ।

साक्षी

साक्षी नं. 1 के हस्ताक्षर.....
(बड़े अक्षरों में नाम).....
डाक का पूरा पता

.....
.....
.....

साक्षी नं. 2 के हस्ताक्षर.....
(बड़े अक्षरों में नाम).....
डाक का पूरा पता

.....
.....
.....

मजिस्ट्रेट / नोटेरी पब्लिक द्वारा सत्यापित ।

आपात स्थिति में मान्यता प्राप्त अस्पतालों में इलाज हेतु आर.ई.एल.एच.एस. कार्ड होल्डरों के लिए (कैशलेस) सेवाएं – बिना भुगतान ।

योजना की शर्तें एवं निबंधन

- 1) यह योजना सभी मैट्रो, राज्य की राजधानियों एवं जोनल प्रधान कार्यालयों में क्रियान्वित की जानी है।
- 2) क्षेत्रीय रेलों को योजना के लिए उनके अधिकार क्षेत्र में पहले से ही आने वाली अस्पतालों के साथ 'एम ओ यू' (समझोता) करना होगा। आगे यदि बहु-विशेषता वाली मान्यता प्राप्त अस्पतालों की पर्याप्त संख्या नहीं हो तो क्षेत्रीय रेलें विद्यमान नीति के अनुसार सी. जी. एच. एस. अनुमोदित दरों पर सी. जी. एच. एस. के अधीन आने वाले अस्पतालों और/या अन्य अस्पतालों को मान्यता देंगी तथा स्मार्ट कार्ड योजना हेतु 'एम ओ यू' में भाग लेंगी।
- 3) स्मार्ट कार्ड में आवश्यक जनसांख्यिकी डाटा एवं मानकीकृत फॉरमैट पर अन्य संबद्ध सूचना होनी चाहिए।
- 4) क्षेत्रीय रेलें उपयुक्त सेवाएं देने वाले को खुली बोली द्वारा सबसे प्रतियोगी दरों पर स्मार्ट कार्ड जारी करने का कार्य प्रदान करेंगी।
- 5) अस्पताल की यह जिम्मेवारी होगी कि वह 24 घंटों के अंदर आपात स्थिति के संबंध में प्राधिकृत चिकित्सा अटेंडेंट को सूचित करे। यदि अस्पताल में भर्ती को गैर-आपात प्रकृति का समझा जाता है तो इलाज करने वाला अस्पताल उस मरीज को अगले 24 घण्टों में प्राधिकृत चिकित्सा अटेंडेंट के पास भेजेगा।
- 6) यह योजना क्षेत्रीय रेलों की विद्यमान मैन पावर से ही क्रियान्वित की जाएगी।
- 7) स्मार्ट कार्ड जारी करना उपर (i) में उल्लेखित क्षेत्रों में निवास करने वाले आर.ई.एल.एच.एस. हिताधिकारियों के लिए अनिवार्य कर दिया गया है और कार्ड का मूल्य भी जैसा कि निर्णय लिया जाए, सेवा निवृत्ति के समय आर.ई.एल.एच.एस. ज्वाइन करने के लिए लिए गए अंशदान में शामिल किया जाए।
8. निम्न स्थितियों को आपात स्थितियों के रूप में माना जाए।
 - एक्यूट कार्डिअक कंडीशन/सिनड्रोम्स।
 - वास्क्यूलर कैटस्ट्रोप्स, सर्बो-वास्क्यूलर दुर्घटनाएं।
 - एक्यूट रैस्पिरेटरी इमरजेंसी।
 - एक्यूट एब्डोमन जिसमें एक्यूट आब्स्टीट्रिकल गायनोकोलोजिकल इमरजेंसी शामिल है।
 - जीवन जोखिम में डालने वाली चौटें।
 - एक्यूट एन्डोकार्डिन इमरजेंसी।
 - हीट स्ट्रोक एवं जीवन को जोखिम में डालने की प्रकृति वाली कोल्ड इन्ज्युरीज।
 - एक्यूट रिनल फेलीअर।
 - जीवन जोखिम में डालने की स्थिति तक पहुँचाने वाले गम्भीर संक्रमण रोग।
 - अन्य कोई भी ऐसी स्थिति जिसमें विलम्ब करने से जीवन अथवा अंग की क्षति हो सकती है।

अस्पतालों एवं विशेषज्ञों की सूची जिनके लिए उन्हें मान्यता दी गई है

क्रं.सं.	अस्पताल का नाम	के लिए मान्यता	समाप्ति तारीख
1.	हार्ट एवं जनरी अस्पताल, जयपुर ।	कार्डियोलोजी	14.06.2013
2.	एस.के.सोनी अस्पताल, जयपुर ।	कार्डियो, सीटी शल्य चिकित्सा, गैस्ट्रो नियोनाटो, नेफ्रो यूरोलोजी, डायलसिस, न्यूरो, न्यूरो शल्य चिकित्सा एवं क्रिटिकल केयर ।	07.10.2013
3.	सी-रॉक अस्पताल, जयपुर ।	कैंसर	31.01.2014
4.	भगवान महारी कैंसर अस्पताल एवं रिसर्च केन्द्र, जयपुर ।	कैंसर	17.02.2014
5.	फोटिस एंस्कार्ट अस्पताल, जयपुर ।	कार्डियो, न्यूरो-शल्य चिकित्सा, रिनल एससी, ऑर्थो ज्वाइंट रिप्लेस, क्रिटिकल केयर	04.10.2013

....