

ଓଡ଼ିଶା ରାଜ୍ୟ ଚିକିତ୍ସା ପାଣ୍ଠିରୁ ଚିକିତ୍ସା ସହାୟତା ପାଇବା ନିମନ୍ତେ ଦରଖାସ୍ତ ଫର୍ମ

- ୧. ରୋଗୀଙ୍କ ନାମ ;
- ୨. ବୟସ ;
- ୩. ସ୍ତ୍ରୀ/ପୁରୁଷ ;
- ୪. ପତ୍ର ବିନିମୟ ଠିକଣା ;
- ୫. ଦରଖାସ୍ତକାରୀ ନିଜେ କିମ୍ବା ବ୍ୟକ୍ତି ବିଶେଷ ;
(ସ୍ତ୍ରୀ/ପୁରୁଷ) ଯାହାଙ୍କ ଉପରେ ନିର୍ଭରଶୀଳ
ଜଣେ କେନ୍ଦ୍ର/ରାଜ୍ୟ ସରକାରୀଙ୍କ କର୍ମଚାରୀ
ଅଟନ୍ତି କି ?
- ୬. ଦରଖାସ୍ତକାରୀଙ୍କ ନାମ (ଯଦି ରୋଗୀ ;
ଦରଖାସ୍ତ ଦେଇ ନ ଥିବେ)
- ୭. ରୋଗୀଙ୍କ ସହ ଦରଖାସ୍ତକାରୀଙ୍କ ସଂପର୍କ ;
- ୮. ରୋଗୀ କେଉଁ ରୋଗରେ ପୀଡ଼ିତ ;
- ୯. ଚିକିତ୍ସିତ ହେଉଥିବା ଡାକ୍ତରଖାନାର ନାମ ;
- ୧୦. ବି.ପି.ଏଲ୍ କାର୍ଡ ନମ୍ବର ;
(କେବଳ ୧୯୯୭ ବି.ପି.ଏଲ୍ ତାଲିକା
ମୁତାବକ, ଫଟୋକପି ଏଥିସହିତ ସମ୍ମୁକ୍ତ
କରାଯିବ)
- ୧୧. ରୋଗୀ / ପିତାମାତାଙ୍କର ତହସିଲଦାରଙ୍କ ;
ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦତ୍ତ ବାର୍ଷିକ ଆୟ ପରିମାଣ
(କେବଳ ବି.ପି.ଏଲ୍ କାର୍ଡ ନଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି /
ପରିବାର ପାଇଁ ଉଦ୍ଦିଷ୍ଟ)
- ୧୨. ରାଷ୍ଟ୍ରୀୟ ବାମା ଯୋଜନା କାର୍ଡ ନମ୍ବର ;
- ୧୩. ଏକକାଳୀନ ଆର୍ଥିକ ସହାୟତାର ପରିମାଣ ;
- ୧୪. ଯଦି ଏହି ରୋଗ ଚିକିତ୍ସା ବାବଦରେ ଏହି ପାଣ୍ଠିରୁ ;
ଆର୍ଥିକ ସହାୟତା (୧) ପୂର୍ବରୁ ପାଇଛନ୍ତି
(୨) ପାଇବା ପାଇଁ - ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ପରିବାର କଲ୍ୟାଣ
ବିଭାଗ , ଓଡ଼ିଶାକୁ ଛାଡ଼ି ଅନ୍ୟ ବିଭାଗ / ସଂସ୍ଥା /
କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷଙ୍କୁ ଆବେଦନ କରିଛନ୍ତି, ତାହାର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ
ବିବରଣୀ ଦିଅନ୍ତୁ ।
- ୧୫. ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ବିବରଣୀ (ଯଦି କିଛି ଥାଏ) ;
ଘୋଷଣା

ମୁଁ ଶ୍ରୀ / କୁମାରୀ / ଶ୍ରୀମତୀ ପିତା / ମାତା / ସ୍ୱାମୀ
..... ଏତଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଅଛି ଯେ , ମୋ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦତ୍ତ ସମସ୍ତ ତଥ୍ୟ ସଠିକ୍ ଏବଂ
ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଟେ ଏବଂ ମୁଁ କୌଣସି ପରିସ୍ଥିତିରେ ଉପରୋକ୍ତ ରୋଗର ଚିକିତ୍ସା ପାଇଁ ପାଣ୍ଠି ଯୋଗାଡ଼ କରିବା / ବ୍ୟବସ୍ଥା କରିବା ନିମିତ୍ତ ସକ୍ଷମ ନୁହେଁ । ଏଥିସହିତ
ପୁନଃବାର ଘୋଷଣା କରୁଅଛି ଯେ, ମୁଁ କିମ୍ବା ମୋର ପିତାମାତା କେନ୍ଦ୍ର / ରାଜ୍ୟ କିମ୍ବା ସ୍ଥାନୀୟ ସଂସ୍ଥାର କର୍ମଚାରୀ ନୋହୁଁ ।

ବି.ଦ୍ର. - ଯଦି ପରବର୍ତ୍ତୀ ସମୟରେ ଅନୁସନ୍ଧାନରୁ ଜଣାପଡ଼େ ଯେ , ଉପରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ତଥ୍ୟ ଭ୍ରମାତ୍ମକ କିମ୍ବା ବିଭ୍ରାନ୍ତକର , ତାହାହେଲେ
ଦରଖାସ୍ତକାରୀ ନିୟମାନୁଯାୟୀ ଦଣ୍ଡିତ ହେବେ ।

ସ୍ଥାନ ;
ତାରିଖ ;

ଦରଖାସ୍ତକାରୀ / ରୋଗୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର

ପରିଶିଷ୍ଟ- 'ଖ'

ନୋଡାଲ ଅଧିକାରୀ / ହାସପିଟାଲ ଯାହାର ତତ୍ତ୍ୱାବଧାନରେ ରୋଗୀ ଚିକିତ୍ସିତ ହେଉଥିବେ ତାଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯିବ ।

- ୧. ରୋଗୀଙ୍କ ନାମ ;
 - ୨. ଡାକ୍ତରଖାନାର ନାମ ;
 - ୩. ଇନ୍‌ଡୋର୍ ରୋଗୀ ରେକର୍ଡ୍‌ସ୍ତେସନ ନମ୍ବର ;
 - ୪. ବର୍ତ୍ତମାନ ରୋଗୀର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟାବସ୍ଥା ସମ୍ପର୍କରେ ସଂକ୍ଷିପ୍ତ ଚିତ୍ରପଣା ;
 - ୫. କରାଯାଇଥିବା ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଅନୁସନ୍ଧାନର ତାଲିକା ;
 - ୬. ରୋଗ ନିର୍ଣ୍ଣୟ ;
 - ୭. ଯଦି ରୋଗୀଙ୍କର ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର ହୋଇସାରିଛି, ତେବେ ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାରର ତାରିଖ ;
 - ୮. ଚିକିତ୍ସା କରୁଥିବା ଚିକିତ୍ସକଙ୍କ ନାମ ;
 - ୯. ସୁପାରିଶ କରାଯାଇଥିବା ସହାୟତାର ପରିମାଣ ;
 - ୧୦. ପ୍ରକାରଭେଦ ଅନୁଯାୟୀ ସୁପାରିଶ କରାଯାଇଥିବା ଚିକିତ୍ସା ସହାୟତାର ବିଭିନ୍ନକରଣ(ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର / ଚିକିତ୍ସା ନିମନ୍ତେ ଆବଶ୍ୟକ ହେଉଥିବା ଓଷଧ / ମେଡିକାଲ ସାମଗ୍ରୀ) ସହିତ ମୂଲ୍ୟ ;
- (କ)
(ଖ)
(ଗ)
- ବି.ଦ୍ର. - ନୋଡାଲ ଅଧିକାରୀ ବେଢ଼ ଟିକେଟର ଏକ ଫଟୋକପି ଏଥିସହିତ ସଂଲଗ୍ନ କରିବେ ।

ମୋ ଦ୍ୱାରା ଯାଞ୍ଚ କରାଯାଇଛି

ମୋ ଦ୍ୱାରା ତନଖି ଏବଂ ସୁପାରିଶ କରାଗଲା

ନୋଡାଲ ଅଧିକାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର

ସୁପାରିଶ କରିଥିବା ଅଧିକାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର

ରୋଗୀଙ୍କ ଚିକିତ୍ସା ପାଇଁ ଅର୍ଥର ପରିମାଣ ଟ.....ଙ୍କା
(ଅକ୍ଷରରେ.....)ମାତ୍ର ଟେକ୍ ନମ୍ବର
..... ତାରିଖ.....ରେ
ସୁପାରିଶ କରାଗଲା ।

ଅନୁମୋଦନ କରାଗଲା

ମେଡିକାଲ ସୁପରିନଟେଣ୍ଡଣ୍ଟ / ଜିଲ୍ଲା ମୁଖ୍ୟ ଚିକିତ୍ସାଧିକାରୀ /

ମୁଖ୍ୟ ଚିକିତ୍ସାଧିକାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର ସହିତ ମୋହର