

Director

Pt. upload this page/scheme on  
our website also

KS

28/07/2016

28/07/2016

डॉ. अम्बेडकर चिकित्सा सहायता योजना  
(संशोधित -2014)

यह योजना अंग प्रत्यारोपण और रीढ़ की हड्डी की सर्जरी सहित गुर्दा, दिल, यकृत कैंसर और मस्तिष्क या अन्य गंभीर रोगों, जिनमें सर्जरी की आवश्यकता है, से पीड़ित अनुसूचित जाति और अनुसूचित जनजाति के उन रोगियों को चिकित्सा सुविधा उपलब्ध कराने के लिए है जिनकी वार्षिक पारिवारिक आय एक लाख रूपए से कम है और इस योजना को निम्नलिखित अस्पतालों के माध्यम से कार्यान्वित किया जाएगा :-

DCI-17

Ch. Ps Welfare (SCs & BCs)  
Library No. 4164  
Date 28-07-2016

महिला : पी.डी.डी. 7585  
महिला : पी.डी.डी. 28/7/16

- (1) अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली।
- (2) संजय गांधी स्नातकोत्तर संस्थान, लखनऊ, उत्तर प्रदेश।
- (3) पटना चिकित्सा महाविद्यालय एवं अस्पताल, पटना, बिहार।
- (4) जबलपुर अस्पताल और अनुसंधान केन्द्र, जबलपुर, मध्य प्रदेश।
- (5) बी. बरुआ कैंसर संस्थान, गुवाहाटी, असम।
- (6) बिरला हार्ट फाउंडेशन, कोलकाता, पश्चिम बंगाल।
- (7) कलिंगा हॉस्पिटल लिमिटेड संस्थान, मुंबई, महाराष्ट्र।
- (8) टाटा कैंसर अनुसंधान संस्थान, मुंबई, महाराष्ट्र।
- (9) निजाम आयुर्विज्ञान संस्थान, हैदराबाद, आंध्र प्रदेश।
- (10) द वोलंटरी हेल्थ सर्विसेज, चेन्नई।
- (11) स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा समय-समय पर यथा संशोधित सी.जी. एच.एस. अनुमोदित सभी अस्पताल।
- (12) सी.जी.एच.एस. योजना के अंतर्गत शामिल नहीं होते हुए भी राज्य सरकार के सभी चिकित्सा महाविद्यालय सम्बद्ध अस्पताल।
- (13) राज्य के सभी अस्पताल।
- (14) राज्य सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त सभी अस्पताल।
- (15) केन्द्र सरकार अथवा राज्य सरकार द्वारा पूर्णतः वित्तपोषित सभी अस्पताल।
- (16) जिला मुख्यालयों/बड़े शहरों में सभी सरकारी अस्पताल जहां अंग प्रत्यारोपण और रीढ़ की हड्डी की सर्जरी सहित गुर्दा, दिल, यकृत कैंसर और मस्तिष्क या जीवन को जोखिम में डालने वाले अन्य रोगों की सर्जरी या इलाज की सुविधा उपलब्ध हो।
- (17) विशिष्ट मामलों में यदि अध्यक्ष व्यक्तिगत रूप में अनुमोदित सूची से बाहर के किसी अस्पताल को शामिल करने की आवश्यकता के लिए वास्तविक और औचित्य के प्रति दृढ़ विश्वासी हो, तो इलाज के लिए उन अस्पतालों से संपर्क किया जा सकता है।

## 2. पात्रता

- (1) आवेदक अनुसूचित जाति और अनुसूचित जनजाति समुदाय से हो।
- (2) आवेदक की वार्षिक पारिवारिक आय 1,00,000/- प्रतिवर्ष से अधिक नहीं हो।
- (3) वे रोगी जो गंभीर रोग से पीड़ित हों जिसमें सर्जरी की आवश्यकता हो यथा अंग प्रत्यारोपण और रीढ़ की हड्डी की सर्जरी सहित गुर्दा, दिल, यकृत, कैंसर, मस्तिष्क और जीवन को जोखिम में डालने वाले अन्य रोग।

## 3. आवेदन कैसे करें

3.1 आवेदन चिकित्सा सहायता के लिए संबंधित अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक द्वारा विधिवत् अभिप्रमाणित निर्धारित आवेदन प्रपत्र में आवेदन करें। आवेदन प्रपत्र अनुबंध-एक के रूप में संलग्न है। इस आवेदन पत्र के साथ जाति प्रमाण-पत्र, आय प्रमाण-पत्र, राशन कार्ड और अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक द्वारा विधिवत् अभिप्रमाणित उपचार की अनुमानित लागत आवश्यक हो।

3.2 यह आवेदन स्थानीय निवर्तमान संसद सदस्य (लोक सभा या राज्य सभा) अथवा उस जिले का जिला अधीक्षक एवं समाहर्ता/उपायुक्त अथवा राज्य/संघ राज्य क्षेत्र के स्वास्थ्य एवं सामाजिक कल्याण विभाग के प्रभारी सचिव द्वारा संस्तुत और अग्रेषिक हो। विधिवत् रूप से भरा आवेदन प्रपत्र सर्जरी की तिथि से कम से कम पन्द्रह दिन पूर्व निदेशक, डॉ. अम्बेडकर प्रतिष्ठान, 15, जनपथ, नई दिल्ली पहुंच जाना चाहिए। प्राप्त सभी आवेदनों को डॉ. अम्बेडकर प्रतिष्ठान द्वारा संसाधित किया जाएगा।

## 4. संवितरण

4.1 उपचार की सौ फीसदी अनुमानित लागत राशि सीधे संबंधित अस्पताल को रेखांकित चेक/मांग पत्र के रूप में जारी की जाएगी और प्रत्येक मामले में इसकी अधिकतम सीमा निम्नवत् है:

हृदय की शल्य चिकित्सा	1.25 लाख रुपए
गुर्दा शल्य चिकित्सा / डायलिसिस	3.50 लाख रुपए
कैंसर शल्य चिकित्सा / कीमोथेरेपी / रेडियोथेरेपी	1.75 लाख रुपए
मस्तिष्क शल्य चिकित्सा	1.50 लाख रुपए
गुर्दा / अंग प्रत्यारोपण	3.50 लाख रुपए
रीढ़ की हड्डी की शल्य चिकित्सा	1.00 लाख रुपए
जीवन को जोखिम में डालने वाले अन्य रोग की चिकित्सा	1.00 लाख रुपए

4.2 शल्य चिकित्सा पूर्व उपचार सहायता राशि को एक ही किस्त में जारी किया जा सकता है, बशर्त उक्त अस्पताल द्वारा अप्रयुक्त राशि/सहायता राशि, यदि कोई हो, को वापस किए जाने के बाद रोगी को छुट्टी दिए जाने की तिथि को अंतिम बिल के साथ उपयोगिता प्रमाणपत्र (अनुबंध तीन) डॉ. अम्बेडकर प्रतिष्ठान के पास जमा किया जाए।

इसके लिए निम्न द्वारा एक धोषणा/वचन पत्र दिया जाएगा-

- I. अनुमानित प्रमाणपत्र के संबंध में अस्पताल द्वारा, और
- II. रोगी द्वारा आवेदन पत्र में

4.3 अस्पताल को जारी चिकित्सा सहायता राशि का उपयोग इसे जारी किए जाने के एक महीने के भीतर किया जाए। अप्रयुक्त सहायता राशि, यदि कोई हो, को यथाशीघ्र लौटाया जाए।

4.4 इसके अतिरिक्त, इस प्रतिष्ठान और अन्य स्रोतों से प्राप्त चिकित्सा सहायता ईलाज हेतु कुल अनुमानित खर्च से अधिक नहीं होगा चाहिए।

4.5 इस संबंध से संबंधित अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक से एक प्रमाण पत्र लिया जाना चाहिए। आवेदन के साथ दिए जाने वाले अनुमानित खर्च संबंधी प्रमाण पत्र में शल्य चिकित्सा की निर्धारित तिथि का उल्लेख होना चाहिए।

#### अनिवार्य दस्तावेज

4.6 आवेदन पत्र (अनुबंध-एक) में निम्नलिखित दस्तावेज/प्रमाणपत्र (चेक लिस्ट) संलग्न होना चाहिए:-

I. संबंधित अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक द्वारा विधिवत् हस्ताक्षरित मूल अनुमानित खर्च संबंधी प्रमाण पत्र।

II. रोगी का मूल आय प्रमाण पत्र, जाति प्रमाण पत्र और राशन कार्ड अथवा इन प्रमाण पत्रों की अभिप्रमाणित छाया प्रतियां।

4.7 यह आवेदन स्थानीय निवर्तमान संसद सदस्य (लोक सभा या राज्य सभा) अथवा संबंधित जिले का जिला अधीक्षक एवं समाहर्ता/उपायुक्त अथवा राज्य/संघ राज्य क्षेत्र के स्वास्थ्य एवं सामाजिक कल्याण विभाग के प्रभारी सचिव अथवा डॉ. अम्बेडकर प्रतिष्ठान के साधारण निकाय के सदस्य द्वारा संस्तुत और अग्रेषित हो। डॉ. अम्बेडकर प्रतिष्ठान के साधारण निकाय के सदस्य जाति और आय प्रमाणपत्रों पर प्रति हस्ताक्षर करेंगे।

4.8 इस प्रतिष्ठान और अन्य स्रोतों से प्राप्त चिकित्सा सहायता इलाज हेतु कुल अनुमानित खर्च से अधिक नहीं होना चाहिए। इस संबंध में संबंधित अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक से एक प्रमाण पत्र लिया जाना चाहिए।

4.9 आवेदन पत्र (अनुबंध-एक) के साथ दिए जाने वाले अनुमानित खर्च संबंधी प्रमाण पत्र (अनुबंध-दो) में यथा संभव शल्य चिकित्सा की निर्धारित तिथि का उल्लेख होना चाहिए।

4.10 सामान्यतया, चिकित्सा सहायता में उपचार/शल्य चिकित्सा पर हुए खर्च की प्रतिपूर्ति के मामलों पर विचार नहीं किया जाता है। तथापि, शल्य चिकित्सा की तिथि के पूर्व डॉ. अम्बेडकर प्रतिष्ठान द्वारा आवेदन प्राप्त होने पर योग्यता के आधार पर प्रतिपूर्ति करने पर विचार किया जा सकता है।

4.11 आवेदन प्रपत्र (अनुबंध-एक) के साथ रोगी का अभिप्रमाणित फोटो संलग्न होना चाहिए।

डॉ. अम्बेडकर चिकित्सा सहायता योजना के अंतर्गत चिकित्सा सहायता हेतु आवेदन प्रपत्र

फोटो

1. रोगी का नाम.....
2. पिता/माता/पति/अभिभावक का नाम.....
3. जाति (अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति प्रमाण पत्र संलग्न करें).....
4. निवास का पता(पिन कोड सहित).....
5. लिंग (स्त्री/पुरुष).....
6. आयु.....
7. रोग की प्रकृति अथात् रोग का नाम.....
8. शल्य चिकित्सा/डायलेसिस/कीमोथेरेपी/रेडियोथेरेपी की तिथि.....
9. उस अस्पताल का नाम जहां यह इलाज होना है तथा क्या यह अस्पताल इस योजना में शामिल है.....
10. आवश्यक चिकित्सा सहायता (उक्त अस्पताल से चिकित्सा अधीक्षक द्वारा निर्गत मूल अनुमानित खर्च संबंधी प्रमाण पत्र लगाए).....
11. परिवार के सभी व्यस्क सदस्यों का सभी स्रोतों से वार्षिक आय (साक्ष्य/प्रमाण पत्र लगाए).....
12. क्या आवेदक ने इस प्रकार की सहायता अन्य स्रोतों से भी ली है, यदि हां, तो ब्यौरा दें.....

प्रमाणित किया जाता है कि उपर्युक्त दिया गया विवरण सही है और मेरी जानकारी और सूचना के अनुसार है तथा इसमें किसी भी तथ्य को नहीं छुपाया गया है।

मैं यह भी सुनिश्चित करने का वचन देता हूँ कि अस्पताल द्वारा निर्गत (क) अस्पताल से छुट्टी प्रमाण पत्र (ख) अंतिम मूल बिल साथ ही (ग) उपयोगिता प्रमाण-पत्र अस्पताल से मेरी छुट्टी होने के पश्चात् डॉ. अम्बेडकर प्रतिष्ठान को सौंप दिया जाएगा।

आवेदक का हस्ताक्षर

(स्वयं अथवा छोटे बच्चे के मामले में कानूनी अभिभावक)

द्वारा संस्तुत और अग्रेषित

(निवर्तमान संसद सदस्य/जिला अधीक्षक/उपायुक्त/स्वास्थ्य एवं सामाजिक कल्याण सचिव अथवा डॉ. अम्बेडकर प्रतिष्ठान के साधारण निकाय के सदस्य जो रोगी की संस्तुति करते हैं, का नाम और मुहर सहित हस्ताक्षर।)

अनुमानित प्रमाणपत्र  
(अनुसूचित जाति और अनुसूचित जनजाति के लिए डॉ. अम्बेडकर  
चिकित्सा सहायता योजना के तहत चिकित्सा सहायता)

संदर्भ संख्या.....

दिनांक.....

1. एन.एस. सं./रोगी सं./दाखिला सं./सी.आर. सं.....
2. रोगी का नाम.....
3. पिता/माता/पति/अभिभावक का नाम.....
4. लिंग (पुरुष/महिला)..... आयु.....
5. रोग की प्रकृति.....
6. शल्य चिकित्सा/डायलेसिस/कीमोथेरेपी/रेडियोथेरेपी की तिथि.....
7. शल्य चिकित्सा/डायलेसिस/कीमोथेरेपी/रेडियोथेरेपी के लिए आवश्यक राशि.....
8. क्या यह अस्पताल केन्द्र सरकार अथवा राज्य सरकार का अस्पताल है अथवा केन्द्र सरकार या राज्य सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त है अथवा केन्द्र या राज्य सरकार द्वारा पूर्णतः वित्तपोषित है अथवा केन्द्र सरकार की सी.जी.एच.एस. योजना के अंतर्गत अनुमोदित है अथवा डॉ. अम्बेडकर चिकित्सा सहायता योजना के तहत सूचीबद्ध अस्पतालों के अंतर्गत पूर्णतः वित्तपोषित हैं। इसके लिए संगत आदेश अथवा अधिसूचना की एक प्रति संलग्न करें.....
9. क्या आवेदक ने चिकित्सा के लिए अन्य स्रोतों से वित्तीय सहायता अथवा सहयोग लिया है, यदि हां तो ब्यौरा दें.....

मैं घोषणा/वचन देता हूँ कि अस्पताल से मेरी छुट्टी होने के पश्चात् अस्पताल द्वारा निर्गत (क) अस्पताल से छुट्टी प्रमाण पत्र (ख) अंतिम मूल बिल साथ ही (ग) डॉ. अम्बेडकर प्रतिष्ठान द्वारा दी गई चिकित्सा सहायता के लिए अस्पताल द्वारा निर्गत उपयोगिता प्रमाण-पत्र, यदि कोई हो, तत्काल डॉ. अम्बेडकर प्रतिष्ठान को सौंप दिया जाएगा।

हस्ताक्षर.....

(अस्पताल का चिकित्सा अधीक्षक)

मुहर

5

संदर्भ संख्या.

तिथि:

उपयोगिता प्रमाणपत्र  
डॉ. अम्बेडकर प्रतिष्ठान की  
डॉ. अम्बेडकर चिकित्सा सहायता योजना

1. डॉ. अम्बेडकर प्रतिष्ठान का स्वीकृति आदेश सं. और तिथि:
2. रोगी का नाम:
3. पुरुष/ महिला:
4. अस्पताल रोगी की सं./सीआर सं./एन.एस. सं./ दाखिला सं.:
5. डॉ.अ.प्र से प्राप्त चिकित्सा सहायता/चेक सं. और तिथि:
6. किसी और स्रोतों से प्राप्त चिकित्सा सहायता, यदि कोई हो/चेक की सं. और तिथि:
7. शल्य चिकित्सा की तिथि:
8. शल्य चिकित्सा/ उपचार पर हुआ कुल व्यय:  
एक. बिल सं. और तिथि:  
दो. बिल की राशि ..... रूपए
9. अप्रयुक्त राशि..... रूपए
10. टिप्पणी:

अस्पताल का चिकित्सा अधीक्षक/सक्षम प्राधिकारी

मुहर.....