

मुख्यमंत्री कालाजार राहत योजना अंतर्गत श्रम क्षतिपूर्ति हेतु

आवेदन पत्र का प्रारूप

जिला का नाम -

लाभार्थी का नाम/उम्र/लिंग-, पिता/पति का नाम-

सहचर का नाम-, पिता/पति का नाम-

ग्राम-, थाना-, प्रखंड-, जिला-

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/रेफरल/अनुमंडलीय/जिला अस्पताल/चिकित्सा महाविद्यालय अस्पताल/

आर0एम0आर0आई0, अगमकुआँ पटना में भर्ती होने की तिथि एवं निबंधन संख्या -

आशा कार्यकर्ता का नाम -

पिता/पति का नाम-, ग्राम-, थाना-

प्रखंड-, जिला-

आशा कार्यकर्ता की अनुशंसा -

आशा कार्यकर्ता का हस्ताक्षर

उपाधीक्षक/प्रभारी चिकित्सा पदाधिकारी का प्रतिवेदन तथा अनुशंसा -

प्रमाणित किया जाता है कि लाभार्थी का नाम-

पिता/पति का नाम-, उम्र/लिंग -

ग्राम-, थाना-, प्रखंड-, जिला-, कालाजार

रोग से ग्रसित हैं तथा द्वितीय पंक्ति के ईलाज हेतु ये दिनांक- से अस्पताल में

अपने सहचर-, पिता/पति का नाम-

ग्राम-, थाना-, प्रखंड-

जिला-, के साथ भर्ती हैं। इन्हें मुख्यमंत्री राहत कोष से प्राप्त होने

वाली राशि मो0- से लाभान्वित किया जा सकता है।

संबंधित अस्पताल के प्राधिकृत चिकित्सा
पदाधिकारी का हस्ताक्षर

(मुहर के साथ)

नोट- आर0एम0आर0आई0, अगमकुआँ पटना के निदेशक/चिकित्सा महाविद्यालय अस्पताल के उपाधीक्षक/जिला स्तर पर उपाधीक्षक एवं प्रखंड स्तर पर प्रभारी चिकित्सा पदाधिकारी प्राधिकृत हस्ताक्षरी होंगे।