

ମୁଖ୍ୟମନ୍ତ୍ରୀ ସାହାଯ୍ୟ ପାଣ୍ଠିରୁ ସାହାଯ୍ୟ ପାଇବା ନିମନ୍ତେ ଦରଖାସ୍ତ ପତ୍ର

(For M.K.C.G . Medical College Hospital, Berhampur)

I. ପ୍ରଥମ ଭାଗ

୧. (କ) ଦରଖାସ୍ତକାରୀଙ୍କ ନାମ -

ବୟସ -

(ଖ) ପିତା / ସ୍ୱାମୀ / ଅଭିଭାବକଙ୍କ ନାମ -

୨. ଠିକଣା

ଗ୍ରାମ -

ପୋଷ୍ଟ -

ଭାଷା -

ଥାନା -

ତହସିଲ -

ଉପଖଣ୍ଡ -

ଜିଲ୍ଲା -

୩. ବୃତ୍ତି -

୪. ବାର୍ଷିକ ଆୟ -

୫. ଆବେଦନର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ -

୬. ଆବଶ୍ୟକୀୟ ସାହାଯ୍ୟ ପରିମାଣ -

୭. ପୂର୍ବରୁ ଏହି ପାଣ୍ଠିରୁ ଆର୍ଥିକ ସହାୟତା ପାଇଛନ୍ତି କି ?

୮. ଯଦି ପାଇଥାନ୍ତି, ତେବେ ଆର୍ଥିକ ସହାୟତା ପରିମାଣ ଓ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ -

ଦରଖାସ୍ତକାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର

ତାରିଖ

II. ପ୍ରଥମ ଭାଗ

୯. ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଅଧିକାରୀଙ୍କ ପୁସ୍ତକାଳିପ -

(କ) ରୋଗୀର ନାମ -

(ଖ) ରୋଗ -

(ଗ) କେଉଁ ପ୍ରକାର ଚିକିତ୍ସା କରୁଛନ୍ତି ଓ ତାର ଖର୍ଚ୍ଚ -

(ଘ) ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ଆନୁଷ୍ଠାନିକ ଖର୍ଚ୍ଚ - ମୋଟ - (ଅକ୍ଷରାଙ୍କେ)

(ଙ) ଏହି ଖର୍ଚ୍ଚ ଅଟକଳ ଚି ଆପଣଙ୍କଦ୍ୱାରା ପରୀକ୍ଷିତ ହୋଇଅଛି କି ? ହଁ / ନାହିଁ

(ଚ) କେଉଁଠାରେ ଚିକିତ୍ସା ହେଉଛନ୍ତି ବା ହେବେ ?

(ଅନ୍ତଃ ବିଭାଗ / ବହିଃ ବିଭାଗ / ଘରୋଇ)

(ଟ) ବର୍ତ୍ତମାନ ପରିପ୍ରେଖିତେ RSBY / OSTF ରୁ କିଛି ସାହାଯ୍ୟ ପାଇଛନ୍ତି କି ?

(ଠ) ଆବେଦନକାରୀ କା ଚିକିତ୍ସା ନିମନ୍ତେ ଆବଶ୍ୟକୀୟ ଔଷଧ ଡାକ୍ତରଖାନା ଔଷଧାଳୟରେ ଉପଲବ୍ଧ ନୁହଁ ।

ଚିକିତ୍ସା ଅଧିକାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର

III ପ୍ରଥମ ଭାଗ

(କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ବ୍ୟବହାର ନିମନ୍ତେ)

୧୦. ଯାଞ୍ଚ ଅଧିକାରୀଙ୍କ ମତବ୍ୟ ଓ ଦସ୍ତଖତ

Superintendent of M.K.C.G. / H.O.D/
Any member of Scrutiny Committee
of OSTF

୧୩. ଅନୁମୋଦନ / ସୁପାରିସ ର ବିବରଣୀ

(କ) ଅନୁମୋଦିତ ରାଶି (ଯଦି ୩୦୦୦ ଟଙ୍କାରୁ କମ ହୋଇଥିବ)

(ଖ) ଅଧିକାରୀଙ୍କ ମତବ୍ୟ (ଯଦି ୩୦୦୦ ଟଙ୍କାରୁ ଅଧିକ ହୋଇଥିବ)

ଉପ - ଜିଲ୍ଲାପାଳ, ବ୍ରହ୍ମପୁର

୧୪. ଅନୁମୋଦନର ବିବରଣୀ

(କ) ଅନୁମୋଦିତ ରାଶି

ଜିଲ୍ଲାପାଳ, ଗଞ୍ଜାମ
ଅନୁମୋଦନ ଅଧିକାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର

୧୬. ଆର୍ଥିକ ସହାୟତାର ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ

(କ) ଚେକ୍ ନମ୍ବର ଓ ତାରିଖ

(ଖ) ଅନୁମୋଦିତ ରାଶି ପରିମାଣ

ବ୍ୟୟାଧିକାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର