महत्वपूर्ण/समयबद्ध

प्रेषक,

महानिदेशक,
चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएं,
उ0प्र0, लखनऊ।

सेवा में,

1. समस्त निदेशक, स्वास्थ्य भवन, लखनऊ।
2. समस्त अपर निदेशक, स्वास्थ्य भवन, लखनऊ।
3. अपर निदेशक (विद्युत)/(परिवहन), स्वास्थ्य भवन, लखनऊ।
4. समस्त संयुक्त निदेशक, स्वास्थ्य भवन, लखनऊ।
5. समस्त प्रोग्राम अधिकारी, स्वास्थ्य भवन, लखनऊ।
6. वित्त नियंत्रक, स्वास्थ्य भवन, लखनऊ।
7. मुख्य सम्प्रेक्षाधिकारी, स्वास्थ्य भवन, लखनऊ।
8. वरिष्ठ विधि अधिकारी, स्वास्थ्य भवन, लखनऊ।
9. अधीक्षण अभियन्ता (सिविल), स्वास्थ्य भवन, लखनऊ।
10. समस्त प्रशासनिक अधिकारी, स्वास्थ्य भवन, लखनऊ।

संख्या–13फ/कैशलेस चि0सु0/2016/2926 लखनऊः दिनांकः05/दिसम्बर, 2016

विषयः राजकीय कर्मचारियों /पेंशनरों को असाध्य / आपातकालीन बीमारियों में सी0जी0एच0एस0 की भांति राज्य सरकार द्वारा अनुबन्धित निजी चिकित्सालयों में कैशलेस चिकित्सा सुविधा उपलब्ध कराये जाने के संबंध में।

महोदय,

कृपया उपरोक्त विषयक महानिदेशालय के पत्र सं0 –11फ/कैशलेस/2016–17/कैम्प–9457, दिनांक 02.12.2016 द्वारा राजकीय कर्मचारियों /पेंशनरों को असाध्य / आपातकालीन बीमारियों में सी0जी0एच0एस0 की भांति राज्य सरकार द्वारा अनुबन्धित निजी चिकित्सालयों में कैशलेस चिकित्सा सुविधा उपलब्ध कराये जाने के संबंध में प्रारूप–1, 2 पर समस्त कर्मचारियों/अधिकारियों एवं उन पर आश्रित परिवार के सदस्यों के संबंध में सूचना उपलब्ध कराये जाने की अपेक्षा की गयी है।

अतः उक्त से संबंधित सूचना का प्रारूप–2 (तीन पृष्ठ) संलग्न कर आपको इस आशय से प्रेषित किया जाता है कि अपने अधीनस्थ समस्त प्रथम/द्वितीय/तृतीय/ चतुर्थ श्रेणी के कर्मचारियों/ अधिकारियों की सूचना अधोहस्ताक्षरी को प्रत्येक दशा में दिनांक 10.12.2016 तक उपलब्ध कराने का कष्ट करें, ताकि मा0 मुख्य मंत्री जी द्वारा उक्त योजना के उद्घाटन हेतु प्रस्तावित दिनांक 15.12.2016 से पूर्व समस्त औपचारिकताओं को पूर्ण करते हुये उपलब्ध करायी जा सके।

भवदीय,
07/12/2016

संलग्नक–उपरोक्तानुसार

(एस0एच0 जायसी)
संयुक्त निदेशक (मुख्यालय)

पृष्ठांकन संख्या–13फ/ कैशलेस चि0सु0/2016/ तद्दिनांक।

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषितः–

1. निदेशक (चिकित्सा उपचार), स्वास्थ्य भवन, लखनऊ।
2. स्टाफ आफिसर, महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, उ0प्र0स्वास्थ्य भवन, लखनऊ।
3. कम्प्युटर प्रभारी, कम्प्युटर प्रकोष्ठ, स्वास्थ्य भवन, लखनऊ को इस आशय से प्रेषित कि उक्त प्रारूप विभागीय वेबसाइट पर लोड कराने का कष्ट करें, ताकि सेवानिवृत्त कर्मचारियों/ अधिकारियों को उक्त की सूचना प्राप्त हो सकें।
4. नाजिर/केयर टेकर, स्वास्थ्य भवन, लखनऊ को इस आशय से प्रेषित कि उक्त सूचना विभागीय नोटिस बोर्ड पर चस्पा करायें।
5. गार्ड फाईल।

(एस0एच0 जायसी)
संयुक्त निदेशक (मुख्यालय)

प्रारूप—1

## State Health Card Cell

## State Employee Cashless Treatment Facility (SECTF)

Application Form for SECTF Userid and Password / (एस०इ०सी०टी०ऍफ़) के यूजर आयडी एवं पासवर्ड हेतु आवेदन पत्र:-

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Name of Applicant/आवेदक का नाम | : | |
| 2 | Designation/पदनाम | : | |
| 3 | District/ जिला | : | |
| 4 | Department/ विभाग | : | |
| 5 | Designation of Head of Office / कार्यलय अध्यक्ष का पदनाम | : | |
| 6 | Office Address / कार्यालय पता | : | |
| 7 | Mobile No. / मोबाइल नंबर | : | |
| 8 | DDO code (provided by Treasury) / डी० डी० ओ० कोड (कोषागार से प्राप्त) | : | |
| | | | |

**आवेदक के हस्ताक्षर:.................**

**दिनांक:.................**

**नाम:.....................**

### कार्यालय अध्यक्ष की संस्तुतिः

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी..................................................................................................मेरे कार्यालय में..................................................................पद पर कार्यारत है| मैने इनके द्वारा इस पत्र पर भरी गयी सारी जानकारी की सत्यता की अपने स्तर से जांच कर ली है| अतः इन्हे यूजर आयडी एवं पासवर्ड प्रदान करने का कष्ट करे|

**कार्यालय अध्यक्ष के हस्ताक्षर:........................**

**दिनांक:........................**

**पदनाम........................**

**मोहर:..........................**

## State Health Card Cell

## State Employee Cashless Treatment Management System (SECTMS)

### Application Form for State Health Card/ राज्य स्वास्थ्य कार्ड हेतु आवेदन पत्र:

यह आवेदन पत्र प्रदेश सरकार के कर्मचारीयों एवं पेंशनर्स को कैशलेस चिकित्सा सुविधा प्राप्त करने हेतु स्टेट हेल्थ कार्ड जारी करने से सम्बंधित है | आवेदन में सभी बॉक्स में प्रविष्टि किया जाना अनिवार्य है| सभी बाक्सों में प्रविष्टियाँ अंग्रेजी भाषा में अंकित की जानी हैं | संख्यात्मक प्रविष्टियाँ अंक पद्वति में ही पूर्ण की जाये। ऑनलाइन आवेदन कर्ता, आवेदन प्रक्रिया पूर्ण कर भरे हुए पूर्ण आवेदन का प्रिंटआउट ले लें | भविष्य में आवेदक द्वारा किये गए समस्त दावे पूर्ण आवेदन के प्रिंटआउट पर ही मान्य होंगे | अपूर्ण/अधूरे भरे आवेदन पत्रों पर कोई विचार नहीं किया जायेगा |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Applicant's Name / आवेदक का नाम | : | |
| 2 | Date of Birth / जन्मतिथि | : | |
| 3 | Serving or Pensioner / सेवारत या पेंसनर | : | |
| 4 | Department Name / विभाग का नाम | : | |
| 5 | Office Name / कार्यालय का नाम | : | |
| 6 | Office District / कार्यालय का जनपद | : | |
| 7 | Present or Last Post / वर्तमान या अंतिम पदनाम | : | |
| 8 | Present or Last Basic Pay / वर्तमान या अंतिम मूलवेतन | : | |
| 9 | Mobile Number / मोबाइल नं. | : | |
| 10 | E-Mail Id / ई-मेल | : | |
| 11 | Aadhar No / आधार नं.: | : | |
| 12 | Office Address / कार्यालय का पता | : | |
| 13 | Residential Address / आवासीय पता | : | |
| 14 | Upload Picture / फोटो अपलोड करें | : | |
| 15 | Post of Forwarding Officer / अग्रसारण अधिकारी का पदनाम | : | |
| 16 | DDO Code (Provided by Treasury) of Forwarding Officer/अग्रसारण अधिकारी का) कोषागार से प्राप्त (डी .डी .ओ . कोड) | : | |

**घोषणा:**

मैं शपथपूर्वक अभिकथन करती / करता हूँ कि आवेदन में की गयी समस्त प्रविष्टियों सही एवं सत्य है एवं मैंने राज्य स्वास्थ्य कार्ड के लिए आवेदन हेतु मेरी पात्रता सत्यापित की है । मुझे इससे सम्बंधित सभी शर्तें मान्य है। मैंने किसी भी जानकारी को छिपाया नहीं है । यदि चयन के पूर्व अथवा बाद में जांचोपरांत कोई विवरण असत्य अथवा गलत पाया जाता है तो सम्बंधित अधिकारी को मेरा अभ्यर्थन निरस्त करने तथा मेरे विरूद्ध वैधानिक कार्यवाही करने का अधिकार होगा।

**आवेदक के हस्ताक्षर:..................**

**दिनांक:.................**

**नाम:.....................**

**अग्रसारण अधिकारी की संस्तुति:** (अग्रसारण अधिकारी आवेदक के आदान एवं वितरण अधिकारी होंगे)

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ की श्री/श्रीमती/कुमारी.........................................................................................मेरे विभाग में...........................................................................पद पर कार्यारत है| मेने इनके द्वारा इस प्रपत्र पर भरी गयी सारी जानकारी की सत्यता की अपने स्तर से जांच कर ली है| यह राज्य स्वास्थ्य कार्ड जारी करने हेतु सभी सर्तें पूरा करते है एवं पात्र है|

**अग्रसारण अधिकारी के हस्ताक्षर:........................**

**दिनांक:.......................**

**पदनाम.......................**

**मोहर:..........................**

## Details of Dependent's / लाभार्थी के आश्रितों का विवरण:

**Beneficiary May Attach Separate seats if necessary. /लाभार्थी आवश्यकता अनुसार अतिरिक्त सीट संलग्न करें**

| S.No. | Name | Date of Birth | Relation | Aadhar No. | Photo |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |