



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

यह आवेदन प्रारूप प्रदेश सरकार के कर्मचारियों / पेंशनर्स एवं उनके आश्रितों को कैशलेस उपचार योजना के तहत कैशलेस उपचार 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 | ऑनलाइन आवेदन कर्ता, आवेदन प्रक्रिया पूर्ण कर भरे हुए पूर्ण आवेदन का प्रिंटआउट ले लें तथा उसकी प्रति अपने विभागीय वेतन आहरण एवं वितरण अधिकारी (डी०डी०ओ०) को अग्रसारित करने हेतु सभी आवश्यक संलग्नको सहित प्रेषित करें |

Applicant  
Image/अभ्यर्थी की फोटो

|    |  |   |  |
|----|--|---|--|
| 1  | Department Name / विभाग का नाम   | : |  |
| 2  | Office District / कार्यालय का जनपद                                       | : |  |
| 3  | DDO Code or Treasury Code / डी .डी .ओ .कोड या ट्रेज़री कोड               | : |  |
| 4  | Office Name / कार्यालय का नाम  | : |  |
| 5  | Applicant's Name / आवेदक का नाम  | : |  |
| 6  | Date of Birth / जन्मतिथि   | : |  |
| 7  | Card Type (Serving or Pensioner) / कार्ड का प्रकार<br>(सेवारत या पेंसनर) | : |  |
| 8  | Present or Last Post / वर्तमान या अंतिम पदनाम                            | : |  |
| 9  | Present or Last Basic Pay / वर्तमान या अंतिम मूलवेतन                     | : |  |
| 10 | Mobile Number / मोबाइल नं.   | : |  |
| 11 | E-Mail Id / ई-मेल  | : |  |
| 12 | Aadhar No / आधार नं.:  | : |  |
| 13 | Address for Correspondence / पत्र व्यवहार का पता                         | : |  |

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

प्रार्थी आश्रित माता / पिता, पत्नी, २५ वर्ष से कम बेरोजगार पुत्र, अविवाहित पुत्री एवं अन्य आश्रित (यदि कोई हो) का विवरण दे। / Applicant should fill detail of Father / Mother, Wife, Son (Less than 25 year age), Unmarried daughter and other dependent (if any).

| S.No./क्रम संख्या | Name/नाम | Date of Birth/जन्मतिथि | Relation/रिश्ता | Aadhar No./आधार संख्या | Photo/फोटो |
|-------------------|----------|------------------------|-----------------|------------------------|------------|
| 1                 |          |                        |                 |                        |            |
| 2                 |          |                        |                 |                        |            |
| 3                 |          |                        |                 |                        |            |
| 4                 |          |                        |                 |                        |            |

**घोषणा:**

मैं शपथपूर्वक अभिकथन करती / करता हूँ कि आवेदन में की गयी समस्त प्रविष्टियाँ सत्य हैं | मैंने राज्य स्वास्थ्य कार्ड के लिए आवेदन हेतु मेरी पात्रता सत्यापित की है। भविष्य में यदि किसी प्रकार की असत्यता पाई जाती है तो सम्बंधित अधिकारी को मेरा अभ्यर्थन निरस्त करने तथा मेरे विरुद्ध वैधानिक कार्यवाही करने का अधिकार होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर:.....

दिनांक:.....

नाम:.....

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

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ की श्री/श्रीमती/कुमारी.....मेरे विभाग में.....पद पर कार्यरत 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 शर्तें पूरा करते हैं एवं पात्र हैं।

अग्रसारण अधिकारी के हस्ताक्षर:.....

दिनांक:.....

पदनाम.....

मोहर:.....