

संकीर्ण रूप से अस्थि विकृति से विकलांग/अधरंग व्यक्ति/मरीजों/मानसिक रूप से मंदित व्यक्ति/पूरी तरह से नेत्रहीन/पूरी तरह से बधिर व्यक्ति के लिए रियायती प्रमाणपत्र संबंधी फॉर्म

जारी करने वाले डॉक्टर द्वारा
विधिवत रूप से हस्ताक्षर
किया गया एवं मोहर लगाया
हुआ पासपोर्ट आकार का फोटो
चिपकाएं

यह प्रमाणित किया जाता है कि कुमारी/श्री/श्रीमती _____ जिसका विवरण नीचे दिया गया है वास्तव में अस्थि विकृति से विकलांग/अधरंग व्यक्ति/मरीज है जो बिना किसी सहायता की सहायता से यात्रा नहीं कर सकता/मानसिक रूप से मंदित व्यक्ति जो सहायता के बिना यात्रा नहीं कर सकता/पूर्ण रूप से नेत्रहीन/पूर्ण रूप से मूक एवं बधिर व्यक्ति है •

विवरण:

- क) पता : _____
ख) पिता/पति का नाम : _____
ग) आयु : _____
घ) लिंग : _____
ड) अक्षमता किस प्रकार की है: (डॉ. द्वारा लिखा जाए कि अक्षमता अस्थायी या स्थायी है) _____

च) रियायत मांगने वाले व्यक्ति का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान (जिनके दोनों हाथ नहीं हैं या काम नहीं कर सकते, उनके लिए आवश्यक नहीं): _____

(सरकारी डॉ. के हस्ताक्षर #)

स्थान: _____

दिनांक: _____

सरकारी अस्पताल की स्पष्ट मोहर #

मोहर में डॉ. का पूरा नाम और रजिस्ट्रेशन सं. #

• जहां लागू नहीं हो उसे काट दें।

नेत्रहीन व्यक्तियों के लिए आरएमपी/नेत्रहीनों के लिए मान्यता प्राप्त संस्था का प्रधान भी प्रमाणपत्र जारी कर सकता है।
नोट:

- 1) यह प्रमाणपत्र केवल अस्थि विकृति से विकलांग अक्षम/अधरंग व्यक्ति/मरीज जो बिना किसी सहायता की सहायता से यात्रा नहीं कर सकता/मानसिक रूप से मंदित व्यक्ति जो सहायता के बिना यात्रा नहीं कर सकता/पूर्ण रूप से नेत्रहीन/पूर्ण रूप से मूक एवं बधिर व्यक्ति को जारी किया जाना चाहिए। फोटो पर हस्ताक्षर और मोहर इस प्रकार होनी चाहिए कि डॉक्टर के हस्ताक्षर और मोहर आंशिक रूप से फोटो पर और आंशिक रूप से प्रमाणपत्र पर हो।
- 2) मानसिक रूप से मंदित व्यक्तियों/पूर्ण रूप से नेत्रहीन व्यक्तियों/मूक एवं बधिर व्यक्तियों (दोनों अक्षमताएं), के लिए यह प्रमाण पत्र जारी की गई तिथि से पांच वर्ष के लिए मान्य होगा। अस्थि विकृति से विकलांग और अधरंग व्यक्तियों के मामले में अस्थायी अक्षमता के लिए यह प्रमाणपत्र 5 वर्ष के लिए मान्य होगा और स्थायी अक्षमता के मामले में यह प्रमाणपत्र (i) 25 वर्ष आयु तक के व्यक्तियों के मामले में 5 वर्ष (2) 26 से 35 वर्ष तक की आयु वाले व्यक्तियों के लिए 10 वर्ष (3) 35 वर्ष से अधिक आयु वाले व्यक्तियों के लिए यह प्रमाणपत्र संबंधित व्यक्तियों के पूरे जीवन के लिए मान्य रहेगा। प्रमाणपत्र की समय-सीमा समाप्ति के बाद, व्यक्ति को नया प्रमाणपत्र प्राप्त करना होगा।
- 3) रियायत देने के लिए इस प्रमाण पत्र की फोटोप्रति भी स्वीकार की जाएगी। मूल प्रमाणपत्र रियायती टिकट की खरीद के समय और यात्रा के समय, यदि मांगा जाता है, प्रस्तुत किया जाना आवश्यक होगा।
- 4) इस फॉर्म में किसी प्रकार का परिवर्तन किए जाने की अनुमति नहीं है।

मरीजों के लिए रियायती प्रमाणपत्र

कैंसर/थेलेसेमिया/हृदय/क्षय रोग/लुपस वलगरिस/असंक्रामक प्रमुख कुष्ठ रोग/हिमोफिलीया/एडस/सिकल सेल एनिमिया/अप्लास्टिक एनिमिया से पीड़ित रोगियों को दी जाने वाली रियायत

आउटवर्ड यात्रा

कैंसर/थेलेसेमिया/हृदय/क्षय रोग/लुपस वलगरिस/असंक्रामक प्रमुख कुष्ठ रोग/हिमोफिलीया/एडस/सिकल सेल एनिमिया/अप्लास्टिक एनिमिया से पीड़ित रोगियों को रियायत के लिए केन्द्रीय सरकार या संबंधित राज्य सरकार के स्वास्थ्य विभाग द्वारा मान्यता प्राप्त अस्पताल के प्रभारी अधिकारी द्वारा उपयोग किए जाने के लिए फार्म

सेवा में,

स्टेशन मास्टर,

_____ (स्टेशन)

_____ (रेलवे)

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/सुश्री _____ जिसका विवरण नीचे दिया गया है, वास्तव में कैंसर/थेलेसेमिया/हृदय/क्षय रोग/लुपस वलगरिस/असंक्रामक प्रमुख कुष्ठ रोग/हिमोफिलीया/एडस/सिकल सेल एनिमिया/अप्लास्टिक एनिमिया से पीड़ित रोगी* है और रोगी को _____ (स्टेशन) से _____ (स्टेशन) तक की यात्रा अपेक्षित है। उक्त रोगी ने _____ + अस्पताल में इलाज के लिए दाखिला ले लिया है/आवधिक जांच के लिए यात्रा कर रहा है।

रोगी का विवरण

(क) आयु _____

(ख) लिंग _____

स्टेशन _____

दिनांक _____

हस्ताक्षर _____

केन्द्रीय सरकार/राज्य सरकार के
स्वास्थ्य विभाग द्वारा मान्यता प्राप्त अस्पताल/संस्था के प्रभारी अधिकार
(राज्य का नाम)

अस्पताल/संस्था की मोहर/सील

** जहां लागू नहीं हो उसे काट दें।

+ अस्पताल का नाम दर्शाएं (केन्द्रीय सरकार/राज्य सरकार के स्वास्थ्य विभाग द्वारा मान्यता प्राप्त अस्पताल/संस्था)
नोट:

1. यह प्रमाणपत्र जारी किए गए दिनांक से तीन महीने के लिए मान्य होगा, कैंसर मरीजों को छोड़कर जिनके लिए यह एक वर्ष के लिए मान्य है।
2. इस फार्म में किसी प्रकार का परिवर्तन किए जाने की अनुमति नहीं है।
3. यह प्रमाणपत्र मरीजों को केवल उसके निवास स्थल के स्टेशन से मान्यता प्राप्त अस्पताल के स्टेशन तक यात्रा करने के लिए जारी करना चाहिए।

MD/MS
159

रियायती प्रमाणपत्र

2013

वापसी यात्रा

कैंसर/थेलेसेमिया/हृदय/क्षय रोग/लुपस वलगरिस/असंक्रमक प्रमुख कुष्ठ रोग/हिमोग्लोबिनीया/एडस/सिक्ल लीज एनिमिया से पीड़ित रोगियों को रियायत के लिए केन्द्रीय सरकार या संबन्धित राज्य सरकार के स्वास्थ्य विभाग द्वारा मान्यता प्राप्त अस्पताल के प्रभारी अधिकारी द्वारा उपयोग किए जाने के लिए फार्म।

सेवा में,

स्टेशन मास्टर,

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/सुश्री _____ विनका विवरण नीचे दिया गया है, वास्तव में कैंसर/थेलेसेमिया/हृदय/क्षय रोग/लुपस वलगरिस/असंक्रमक प्रमुख कुष्ठ रोग/हिमोग्लोबिनीया/एडस/सिक्ल सेल एनिमिया से पीड़ित रोगी** है और रोगी द्वारा _____ अस्पताल में पुनः जांच/आवधिक जांच के बाद डिस्चार्ज होने पर _____ (स्टेशन) से _____ (स्टेशन) तक की यात्रा अपेक्षित है।

रोगी का विवरण

(क) आयु _____

(ख) लिंग _____

स्टेशन _____

दिनांक _____

हस्ताक्षर _____

स्वास्थ्य विभाग द्वारा मान्यता प्राप्त अस्पताल/संस्था के प्रभारी अधिकारी (रज्य का नाम)

अस्पताल/संस्था की मोहर

** जहाँ लागू नहीं हो उसे काट दें।
+ अस्पताल का नाम आदि दर्शाएं।

नोट:

1. यह प्रमाणपत्र तीन महीने के लिए मान्य होगा.
2. इस फार्म में किसी प्रकार के परिवर्तन की अनुमति नहीं है।
3. यह प्रमाणपत्र रोगियों को मान्यता प्राप्त अस्पताल से संबद्ध स्टेशन से उनके निवास स्थान से संबद्ध स्टेशन तक की यात्रा के लिए जारी किया जाए।