डॉ. अम्बेडकर चिकित्सीय सहायता योजना

(15.01.2018 को संशोधित)

''डॉ. अम्बेडकर चिकित्सीय सहायता योजना'' का उद्देश्य अनुसूचित जाति और अनुसूचित जनजाति के ऐसे गरीब मरीजों को चिकित्सा सहायता प्रदान करना है जो गम्भीर बिमारियों से जूझ रहे हों जिसमें किडनी, हृदय, यकृत (लिवर), कैन्सर और मस्तिष्क के सर्जरी की जरूरत हो या अंग प्रत्यारोपण और रीढ़ की सर्जरी सहित अन्य किसी जानलेवा बिमारी से पीड़ित हो और जिसकी वार्षिक पारिवारिक आय रुपये 3,00,000 (तीन लाख रुपये) से अधिक न हो। यह योजना निम्नलिखित अस्पतालों के माध्यम से क्रियान्वित की जाएगी:

(1) अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान (एम्स), नई दिल्ली और अन्य राज्यों के एम्स
(2) संजय गांधी परास्नातक संस्थान, लखनऊ, उत्तर प्रदेश
(3) पटना चिकित्सा महाविद्यालय अस्पताल (पीएमसीएच), पटना, बिहार
(4) जबलपुर हॉस्पिटल एंड रिसर्च सेंटर, जबलपुर, मध्य प्रदेश।
(5) बी. बरुआ कैंसर इंस्टीट्यूट, गुवाहाटी, असम।
(6) बिड़ला हार्ट फाउण्डेशन, कोलकाता, पश्चिम बंगाल।
(7) कलिंग हॉस्पिटल लिमिटेड चन्द्रशेखरपुर, भुवनेश्वर, उड़ीसा।
(8) टाटा कैंसर रिसर्च इंस्टीट्यूट, मुम्बई, महाराष्ट्र
(9) निजाम इंस्टीट्यूट ऑफ मेडिकल साइंसेज, हैदराबाद, आन्ध्र प्रदेश।
(10) द वालंटरी हेल्थ सर्विसेज, चेन्नई
(11) भारत सरकार के स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा समय समय पर संशोधित सभी सीजीएचएस (केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना) हेतु अनुमोदित अस्पतालों में।
(12) राज्य सरकार के सरकारी मेडिकल कालेजों से संबद्ध अस्पतालों में यद्यपि वे सीजीएचएस योजना में सम्मिलित न हों।
(13) सभी राज्य अस्पतालों में।
(14) राज्य सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त सभी अस्पतालों में।
(15) ऐसे सभी अस्पतालों में जो पूर्णतया केन्द्र सरकार या राज्य सरकार द्वारा वित्तपोषित हों।
(16) जिला मुख्यालयों/बड़े कस्बों में स्थित ऐसे सभी सरकारी अस्पतालों में जहां किडनी, हार्ट, लिवर, कैंसर और मस्तिष्क की सर्जरी या चिकित्सा तथा अंग प्रत्यारोपण और रीढ़ की सर्जरी सहित अन्य जानलेवा बिमारियों के चिकित्सा की सुविधा उपलब्ध हो।
(17) किसी अन्य अस्पताल में, जहां के लिए प्रतिष्ठान के अध्यक्ष सहमत हों कि तथ्यों और आपवादिक परिस्थितियों में उपयुक्त मामला तर्कसंगत है।

2. योग्यता

(1) आवेदक अनुसूचित जाति और/या अनुसूचित जनजाति समुदाय से संबंधित हो।

(2) वार्षिक पारिवारिक आय रुपये 3,00,000/– (रुपये तीन लाख) से अधिक न हो।

(3) योजना में ऐसी प्रमुख बिमारियां शामिल हैं जिनमें किडनी, हार्ट, लिवर, कैंसर, मस्तिष्क की सर्जरी की जरूरत हो या फिर अंग प्रत्यारोपण और रीढ़ की सर्जरी सहित अन्य जानलेवा बिमारियां।

3. **आवेदन कैसे करें**

3.1 आवेदक चिकित्सीय सहायता के लिए निर्धारित आवेदन प्रपत्र पर या फिर डॉ. अम्बेडकर प्रतिष्ठान की वेबसाइट पर उपलब्ध निर्धारित प्रोफार्मा में निर्दिष्ट विवरणों सहित सादे कागज पर आवेदन कर सकता है। आवेदन का प्रारूप संलग्नक–1 में दिया गया है। सभी आवेदन के साथ निम्न प्रपत्रों की स्व प्रमाणित प्रतिलिपियां संलग्न होनी चाहिए– (1) जाति प्रमाण–पत्र, (2) आय प्रमाण–पत्र, (3) राशन कार्ड/आधार कार्ड और (4) अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक द्वारा उचित रूप से प्रमाणित सर्जरी की अनुमानित लागत (संलग्नक–2 के अनुरूप)।

3.2 उपयुक्त रूप से भरा हुआ आवेदन प्रपत्र निदेशक, डॉ. अम्बेडकर प्रतिष्ठान, 15, जनपथ, नई दिल्ली के पते पर सर्जरी की तिथि से कम से कम 15 दिन पहले पहुंच जाए।

4. **भुगतान/अदायगी**

4.1 विभिन्न बिमारियों में मामले में सरकार द्वारा निर्धारित खर्च की उच्चतम सीमा को ध्यान में रखते हुए सर्जरी के अनुमानित मूल्य की शत प्रतिशत (100%) राशि आरटीजीएस/एनईएफटी/डिमांड ड्राफ्ट के जरिए सीधे संबंधित हॉस्पिटल को अदा कर दी जाएगी । विभिन्न मामलों में अधिकतम निर्धारित राशि निम्न प्रकार से है:

हार्ट सर्जरी	रुपए 1.25 लाख
किडनी सर्जरी/डायलिसिस	रुपए 3.5 लाख
कैंसर सर्जरी/कीमोथिरेपी/रेडियोथिरेपी	रुपए 1.75 लाख
मस्तिष्क सर्जरी	रुपए 1.5 लाख
किडनी/अंग प्रत्यारोपण	रुपए 3.5 लाख
रीढ़ संबंधी सर्जरी	रुपए 1.00 लाख
अन्य खतरनाक जानलेवा बिमारियों हेतु	रुपए 1.00 लाख

4.2 सर्जरी से पूर्व, चिकित्सीय सहायता की राशि एक किश्त में इस शर्त पर जारी की जा सकती है कि संबंधित अस्पताल अंतिम बिल के साथ उपयोग प्रमाणपत्र (संलग्नक–4 के अनुसार) मरीज को छुट्टी दिए जाने वाली तिथि को ही डॉ. अम्बेडकर प्रतिष्ठान में जमा करा दे।

4.3 अस्पताल को जारी की गई चिकित्सीय सहायता राशि का उपयोग जारी की गई तिथि से एक माह के भीतर उपयोग कर लिया जाना चाहिए। प्रयोग में न लाई हुई सहायता राशि/बची हुई धनराशि, यदि कोई हो, तो जल्द से जल्द और किसी भी स्थिति में मरीज को छुट्टी दिए जाने की तिथि से एक माह के भीतर प्रतिष्ठान में जमा करा दिया जाना चाहिए।

4.4 प्रतिष्ठान और अन्य स्रोतों से प्राप्त चिकित्सीय सहायता की राशि किसी भी स्थिति में सर्जरी के लिए अनुमानित कुल लागत से अधिक नहीं होनी चाहिए।

4.5 आवेदन पत्र के साथ जमा किए गए अनुमानित लागत प्रमाणपत्र में सर्जरी के लिए निर्धारित की हुई तिथि का उल्लेख अवश्य होना चाहिए।

अवष्यक कागज़ात

4.6 आवेदन पत्र (संलग्नक–1 के अनुरूप) या सादे कागज पर निर्धारित प्रारूप के अनुसार विवरण और फोटो सहित आवेदन के साथ निम्नलिखित कागज़ात/प्रमाणपत्र संलग्न होने चाहिए:

(1) अनुमानित लागत प्रमाणपत्र की मूल प्रति जो उपयुक्त रूप से संबंधित अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक द्वारा हस्ताक्षरित हो। इसमें सर्जरी के निर्धारित तिथि का भी उल्लेख होना चाहिए।

(2) निम्न प्रपत्रों की स्वप्रमाणित प्रतिलिपियां:

(क) नवीनतम आय प्रमाणपत्र
(ख) जाति प्रमाणपत्र, और
(ग) मरीज का राशन कार्ड/आधार कार्ड

(3) किडनी प्रत्यारोपण हेतु आवश्यक कागज़ात अर्थात लाभार्थी के साथ रिश्ता (फार्म 14, अनुमोदन समिति प्रमाणपत्र के निर्णय हेतु प्रारूप), किडनी दानकर्ता का विवरण अर्थात नाम, उम्र, पता, रक्त समूह, लाभार्थी का आधार नम्बर।

(4) अनुमोदित मामलों में सहायता राशि/अनुदान राशि के तीव्र प्रक्रियाकरण और जल्दी स्थानान्तरण हेतु अस्पताल का बैंक विवरण जिसमें (क) अस्पताल की खाता संख्या, (ख) खाताधारक का नाम और (ग) आईएफएससी कोड हो, आवेदन पत्र के साथ जमा किया जाए।

<u>अन्य शर्तें:</u>

4.7 प्रतिष्ठान द्वारा जारी चिकित्सी सहायता और अन्य स्रोतों से मिली सहायता सर्जरी हेतु अनुमानित कुल लागत से अधिक नहीं होनी चाहिए। इस मामले में संबंधित अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक से प्रमाणपत्र जमा किया जाना चाहिए।

4.8 आवेदन पत्र (संलग्नक–1 के अनुरूप) के साथ संलग्न अनुमानित लागत प्रमाणपत्र (संलग्नक–2) में सर्जरी के निर्धारित तिथि अंकित होनी चाहिए।

4.9 सामान्यतया, चिकित्सीय सहायता में सर्जरी/इलाज में हुए खर्च की प्रतिपूर्ति के मामलों पर विचार नहीं किया जाता है। हालांकि मामलों की गुणवत्ता के आधार पर प्रतिपूर्ति हेतु विचार किया जा सकता है यदि आवेदन डॉ. अम्बेडकर प्रतिष्ठान में सर्जरी की निर्धारित तिथि से कम से कम 15 दिन पहले प्राप्त हुआ हो।

4.10 मरीज का एक स्वप्रमाणित फोटो भी आवेदन पत्र पर चस्पा होना चाहिए।

संलग्नक–1

डॉ. अम्बेडकर चिकित्सीय सहायता योजना के अन्तर्गत चिकित्सा सहायता हेतु

आवेदन पत्र

(केवल अजा और अजजा हेतु)

मरीज की स्वप्रमाणित फोटो–पासपोर्ट साइज

1. मरीज का नाम...
2. पिता / माता / पति / अभिभावक का नाम..
3. जाति (जिससे मरीज संबंधित हो)..
4. लिंग (पुरुष / स्त्री / अन्य)...उम्र...
5. मरीज का पता पिनकोड सहित...
6. एसटीडी कोड सहित फोन नं. / मोबाइल नं. और ई–मेल, यदि हो...
7. लाभार्थी का यूआईडीएआई नं. / आधार नं. ....
8. बिमारी की प्रकृति ....
9. सर्जरी / डायलिसिस / कीमोथिरेपी / रेडियोथिरेपी की तिथि..
10. किडनी प्रत्यारोपण हेतु आवश्यक कागज़ात अर्थात लाभार्थी के साथ रिश्ता (फार्म 14, अनुमोदन समिति प्रमाणपत्र के निर्णय हेतु प्रारूप)...................., किडनी दानकर्ता का विवरण अर्थात नाम......................., उम्र ...., रक्त समूह ...., लाभार्थी का यूआईडीएआई नं. / आधार नं. ...., पता ....
11. अस्पताल का नाम जहां से इलाज होना है और क्या यह अस्पताल योजना के अन्तर्गत अनुसूचित है (कृपया विवरण दें, इसके लिए योजना का पैरा 1 देखें)..
12. आवश्यक चिकित्सीय सहायता (अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक के हस्ताक्षर द्वारा जारी अनुमानित लागत प्रमाणपत्र की मूल प्रति संलग्न करें)..
13. सभी स्रोतों से वार्षिक पारिवारिक आय ....
14. क्या आवेदक ने चिकित्सा हेतु वित्तीय सहायता राशि किन्हीं अन्य स्रोतों से प्राप्त की है, यदि हां तो उनका विवरण दें ....
15. संलग्न प्रपत्र जाँचः निम्नलिखित स्वप्रमाणित प्रमाणपत्र संलग्न है:
    - (क) जाति प्रमाणपत्र : हाँ / नहीं
    - (ख) आय प्रमाणपत्र : हाँ / नहीं
    - (ग) राशन कार्ड / आधार कार्ड : हाँ / नहीं
    - (घ) उपयुक्त रूप से भरा / हस्ताक्षरित संलग्नक–2 और 3 : हाँ / नहीं
16. प्रमाणित किया जाता है कि ऊपर दी गई सूचनाएं मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही हैं और कुछ भी छिपाया नहीं गया है।

    मैं यह भी उत्तरदायित्व लेता हूँ कि (क) छुट्टी प्रमाणपत्र, (ख) अंतिम मूल बिल के साथ (ग) अस्पताल द्वारा जारी किया गया उपयोग प्रमाणपत्र (यूसी) अस्पताल से मुझे छुट्टी मिलने के बाद डॉ. अम्बेडकर प्रतिष्ठान में जमा करा दिया जाएगा।

मरीज के हस्ताक्षर

(स्वयं या रिश्तेदार के हस्ताक्षर और नाबालिग के मामले में स्थानीय अभिभावक)

संलग्नक–2

डॉ. अम्बेडकर चिकित्सीय सहायता योजना के अन्तर्गत चिकित्सा सहायता हेतु
लागत आंकलन प्रमाणपत्र (अस्पताल के लेटरहेड पर)
(केवल अजा व अजजा हेतु)

संदर्भ संख्या .... दिनांकः ....

1. एन. एस./मरीज सं./भर्ती सं./सी. आर. नं. ....
2. मरीज का नाम ....
3. पिता/माता/पति/अभिभावक का नाम ....
4. लिंग (पुरुष/स्त्री/अन्य) ....उम्र. ....
5. बिमारी की प्रकृति ....
6. सर्जरी/डायलिसिस/कीमोथिरेपी/रेडियोथिरेपी की तिथि ....
7. सर्जरी/डायलिसिस/कीमोथिरेपी/रेडियोथिरेपी हेतु आवश्यक राशि ....
8. क्या अस्पताल केन्द्र सरकार या राज्य सरकार का अस्पताल है / केन्द्र सरकार या राज्य सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त अस्पताल है / केन्द्र सरकार या राज्य सरकार द्वारा पूर्णतया वित्तपोषित है /केन्द्र सरकार के सीजीएचएस योजना के अन्तर्गत अनुमोदित है / डॉ. अम्बेडकर चिकित्सीय सहायता योजना के अन्तर्गत निर्दिष्ट अस्पतालों के सूची में नामित है और पूर्णतया वित्तपोषित है? (साक्ष्य हेतु संगत आदेश या अधिसूचना की प्रतिलिपि संलग्न करें) ....
9. अधिदेश प्रपत्र/अस्पताल का बैंकिंग विवरण (संलग्नक–3) ....

मैं घोषणा करता हूँ कि अस्पताल मरीज की छुट्टी के समय (क) छुट्टी का प्रमाणपत्र (ख) अंतिम बिल (ग) डॉ. अम्बेडकर प्रतिष्ठान द्वारा अनुदानित चिकित्सीय सहायता राशि हेतु उपयोग प्रमाणपत्र तैयार करेगा और इन सभी प्रपत्रों को यथाशीघ्र अप्रयुक्त सहायता राशि, यदि हुई, के साथ डॉ. अम्बेडकर प्रतिष्ठान को अग्रसारित कर दिया जाएगा।

हस्ताक्षरः ....
(अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक)
नाम व पद सहित मुहर

संलग्नक–3

प्राधिकार–पत्र

सेवा में,

निदेशक
डॉ. अम्बेडकर प्रतिष्ठान,
पश्चिम ब्लॉक-I, विंग संख्या VII, भूतल, नारकोटिक्स कंट्रोल ब्यूरो भवन, आर.के. पुरम,
नई दिल्ली - 110066

विषयः **''डॉ. अम्बेडकर चिकित्सीय सहायता योजना'' हेतु भुगतान प्राप्त करने के लिए इलेक्ट्रानिक समाशोधन सेवा (जमा समाशोधन)/रियल टाइम ग्रॉस सेटलमेंट (आरटीजीएस) सुविधा।**

अस्पताल के बैंक खाते का विवरण

मरीज का नाम	
अस्पताल का नाम और सम्पर्क हेतु पूरा पता	
(क) टेलीफोन नं. (ख) फैक्स नं. (ग) अस्पताल का ईमेल (घ) पूछताछ हेतु संपर्क व्यक्ति का टेलीफोन नं.	
खाताधारक का नाम	
अस्पताल का खाता संख्या	
बैंक का नाम (क) पूरा पता (ख) टेलीफोन नं. और (ग) पूछताछ हेतु ईमेल	
बैंक का आईएफएससी कोड	
बैंक का एमआईसीआर कोड	
बैंक शाखा कोड नं.	

प्रभावी होने की तारीखः

मैं घोषणा करता हूँ कि ऊपर दिए गए विवरण सही और पूर्ण हैं। यदि दी गई सूचना गलत या अधूरी होने के कारण लेनदेन में कोई विलंब हुआ अथवा नहीं हुआ, तो मैं उपयोगकर्ता संस्था को जिम्मेदार नहीं ठहराऊंगा। मैंने वैकल्पिक आमंत्रण पत्र पढ़ लिया है और योजना के अन्तर्गत भागीदार के रूप में मुझसे अपेक्षा की गई जिम्मेदारी उठाने के लिए सहमत हूँ।

(...)
अस्पताल का अधिकृत हस्ताक्षरी
नाम व पदनाम सहित मुहर

दिनांकः

प्रमाणित किया जाता है कि ऊपर दिए गए विवरण हमारे अभिलेखों के अनुसार सही हैं।

(...)
बैंक का अधिकृत हस्ताक्षरी
नाम व पदनाम सहित मुहर

दिनांकः

1. कृपया बैंक से प्राप्त प्रमाणीकरण के साथ निरस्त चेक की प्रतिलिपि संलग्न करें।
2. यदि आपकी बैंक शाखा वर्तमान में ''आरटीजीएस समर्थ'' नहीं है तो बाद में इसके ''आरटीजीएस समर्थ'' हो जाने पर उपरोक्त प्रोफार्मा में पूरी जानकारी भरकर फिर से विभाग में अतिशीघ्र जमा कराएं।

संलग्नक–4

संदर्भ सं.: दिनांकः

उपयोग प्रमाणपत्र (अस्पताल के लेटरहेड पर)
डॉ. अम्बेडकर प्रतिष्ठान (डीएएफ)
की डॉ. अम्बेडकर चिकित्सीय सहायता योजना
(सर्जरी के बाद अस्पताल उपयुक्त रूप से भरकर प्रतिष्ठान में जमा कराएं)

1. प्रतिष्ठान का स्वीकृति आदेश सं. एवं तिथि :
2. मरीज का नाम :
3. लिंग :
4. अस्पताल मरीज सं./सीआर सं./
   एन.एस. सं./भर्ती सं. :
5. डॉ. अम्बेडकर प्रतिष्ठान से प्राप्त सहायता/
   चेक सं., दिनांक एवं राशि (रू.) :
6. अन्य स्रोत से प्राप्त सहायता राशि, यदि हो/
   चेक सं., तिथि एवं राशि विवरण :
7. सर्जरी की तिथि :
8. मरीज की छुट्टी की तिथि :
9. सर्जरी/कीमोथिरेपी/डायलिसिस/रेडियोसर्जरी
   में हुआ कुल खर्च (रू.) :

   (क) बिल सं. एवं तिथि :
   (ख) बिल राशि (रू.) :

10. अप्रयुक्त राशि (रू.) और प्रतिष्ठान को लौटाने
    का विवरण जैसे कि तिथि, तरीका इत्यादि :
11. टिप्पणी :

चिकित्सा अधीक्षक/अस्पताल के सक्षम प्राधिकारी

मुहर...