



All India Institute of Medical Sciences, Rishikesh-249203

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, ऋषिकेश

Medical Superintendent

चिकित्सा अधीक्षक

का० आ० संख्या : एमएम/एम्स/ऋषि/2023/180

दिनांक 11.10.2023

कार्यालय आदेश

सभी क्लीनिकल विभागाध्यक्ष/संकायगण/वार्ड इंचार्ज/नर्सिंग स्टाफ को सूचित किया जाता है कि निःशुल्क इलाज घोषणा पत्र (Poor Free Form) पर आंशिक रूप से संशोधित किया गया है। (संशोधित निःशुल्क गरीबी प्रपत्र संलग्न है)।

निःशुल्क इलाज घोषणा पत्र (Poor Free Treatment Form) पर सम्बन्धित चिकित्सीय डाक्टर/विभागाध्यक्ष से हस्ताक्षर तथा मुहर लगाने के बाद निःशुल्क इलाज घोषणा पत्र श्री हेमवती नन्दन भट्ट, (MSW) (कमरा सं० 04) तथा उनकी अनुपस्थिति में श्री वीरेन्द्र नौटियाल, (MSW) (कंट्रोल रूम), जो कि जनसम्पर्क अधिकारी के कार्यालय के पास हैं, मरीज के आर्थिक स्थिति की जांच/विश्लेषण के लिए भेजा जायेगा। आर्थिक स्थिति कमजोर पाये जाने पर वे उन प्रपत्रों पर अपनी टिप्पणी दर्ज करने के बाद चिकित्सक अधीक्षक कार्यालय में प्रतिहस्ताक्षर तथा मुहर के लिए भेजेंगे, चिकित्सा अधीक्षक कार्यालय से काउंटर हस्ताक्षर होने के बाद ही सम्बन्धित मरीज का निःशुल्क इलाज की प्रक्रिया शुरू होगी।

21/10/23  
11.10.23

प्र० संजीव कुमार मित्तल  
(चिकित्सा अधीक्षक)  
एम्स, ऋषिकेश

प्रतिलिपि:-

1. मुख्य सचिव, कार्यकारी निदेशक (सूचनार्थ)
2. समस्त क्लीनिकल विभागाध्यक्ष/संकायगण
3. वरिष्ठ नर्सिंग अधिकारी (समस्त नर्सिंग स्टाफ को सूचनार्थ हेतु)
4. जनसंपर्क अधिकारी(समस्त बिलिंग काउंटर/सम्बन्धित स्टाफ को सूचनार्थ हेतु)



**UNDERTAKING / घोषणा पत्र**

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे पिता/माता/भाई/बहन अथवा .....जिनका नाम.....  
यू०एच०आई०डी० सं० ..... आयु .....आपके विभाग में वार्ड में उपचाराधीन है।

I hereby undertake that my father/ mother/ brother / Sister / Son / Daughter or ..... namely  
(Patient Name) ....., UHID No. .... Age/Sex ..... is  
under treatment in your ward /department.

हमारी आय का कोई श्रोत नहीं है एवं वर्तमान में बीपीएल कार्ड नहीं है।

We have no source of income and presently we do not have BPL Card.

मेरे परिवार का कोई भी सदस्य (रक्त संबंध) सरकारी सेवा में/ईसीआई सुविधा प्राप्त/किसी अन्य श्रोत से  
चिकित्सा प्रतिपूर्ति का पात्र नहीं है।

None of my family member (in Blood Relation) is in Government Service/ESI covered/ not entitled  
for medical reimbursement from any other source.

हम एम्स ऋषिकेश में सत्यापन के लिए बिल / इन्वॉयस नहीं देंगे।

We will not submit any medical bills/invoice for verification from AIIMS Rishikesh.

हम आपके अस्पताल का खर्चा नहीं उठा सकते और हमारी सालाना आय 2 लाख रुपये से कम है।

We are unable to bear the treatment expenses in your hospital and our annual income is less then Rs. 2 Lac.

कृपया हमें गरीबों को दी जाने वाली निःशुल्क इलाज / भोजन की सुविधा प्रदान की जाए।

Kindly provide us poor free/ free diet facility-

उपरोक्त सूचना मेरी जानकारी के अनुसार सही है।

The above said information is best of my Knowledge.

रोगी/अभिभावक के हस्ताक्षर

Signature of Patient/Relative

पूरा नाम / Full Name

रोगी के साथ संबंध / Relation with Patient

तिथि / Date

पूरा पता / Full Address

मोबाइल सं० / Mobile No-

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Countersigned & Stamped by Treating Doctor/HoD**

**Remarks of MSW (Medical Social Worker) with Signature**

|  |
|--|
|  |
|--|

Signature

Hospital charges may be exempted w.e.f.....till .....

Countersigned of MS/DMS



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, ऋषिकेश  
All India Institute of Medical Sciences, Rishikesh-249203

**UNDERTAKING / घोषणा पत्र**

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे पिता/माता/भाई/बहन अथवा .....जिनका नाम.....  
यू०एच०आई०डी० सं० ..... आयु .....आपके विभाग में वार्ड में उपचाराधीन है।

I hereby undertake that my father/ mother/ brother / Sister / Son / Daughter or ..... namely  
(Patient Name) ....., UHID No. .... Age/Sex ..... is  
under treatment in your ward /department.

हमारी आय का कोई श्रोत नहीं है एवं वर्तमान में बीपीएल कार्ड नहीं है।

We have no source of income and presently we do not have BPL Card.

मेरे परिवार का कोई भी सदस्य (रक्त संबंध) सरकारी सेवा में/ईसीआई सुविधा प्राप्त/किसी अन्य श्रोत से  
चिकित्सा प्रतिपूर्ति का पात्र नहीं है।

None of my family member (in Blood Relation) is in Government Service/ESI covered/ not entitled  
for medical reimbursement from any other source.

हम एम्स ऋषिकेश में सत्यापन के लिए बिल / इन्वॉयस नहीं देंगे।

We will not submit any medical bills/invoice for verification from AIIMS Rishikesh.

हम आपके अस्पताल का खर्चा नहीं उठा सकते और हमारी सालाना आय 2 लाख रुपये से कम है।

We are unable to bear the treatment expenses in your hospital and our annual income is less then Rs. 2 Lac.

कृपया हमें गरीबों को दी जाने वाली निःशुल्क इलाज / भोजन की सुविधा प्रदान की जाए।

Kindly provide us poor free/ free diet facility-

उपरोक्त सूचना मेरी जानकारी के अनुसार सही है।

The above said information is best of my Knowledge.

रोगी/अभिभावक के हस्ताक्षर

Signature of Patient/Relative

पूरा नाम / Full Name

रोगी के साथ संबंध / Relation with Patient

तिथि / Date

पूरा पता / Full Address

मोबाइल सं० / Mobile No-

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Countersigned & Stamped by Treating Doctor/HoD**

**Remarks of MSW (Medical Social Worker) with Signature**

|  |           |
|--|-----------|
|  | Signature |
|--|-----------|

Hospital charges may be exempted w.e.f.....till .....

Countersigned of MS/DMS