

## विकल्प पत्र (अधिकारी / कर्मचारी / पेंशनर्स द्वारा भरा गया) (Form 1)

1. मैं ..... अन्तः रोगी के रूप में चिकित्सा उपचार के लिये यू-हैल्थ/उत्तराखण्ड हैल्थ स्मार्ट कार्ड (नकद रहित) योजना वर्ष 2010 का विकल्प इस योजना के अधीन पंजीकृत/सूचीबद्ध सरकारी/गैर सरकारी चिकित्सालय/संस्थाओं के लिये प्रस्तुत करता/करती हूँ ।

2. मैं ..... सूचीबद्ध अस्पतालों से इतर अस्पतालों में अन्तः रोगी के रूप में चिकित्सा उपचार करवाने पर एवं सभी अस्पतालों में वाह्य रोगी के रूप में करायी गयी चिकित्सा की प्रतिपूर्ति हेतु शासनादेश संख्या-679/चि0-03-2006-437/2002 दिनांक 04.09.2006, शासनादेश संख्या-960/XXVIII-3-2010-437/2002 दिनांक 08.01.2010 एवं शासनादेश संख्या- 546/XXVIII-3-2010-437/2002 टी0सी0 दिनांक 03.08.2010 एवं इस सम्बन्ध में समय-समय पर संशोधित होने वाले शासनादेशों में दी गयी व्यवस्था से यथावत् आच्छादित रहूंगा/रहूंगी ।

- |    |                                |       |
|----|--------------------------------|-------|
| 1  | अधिकारी/कर्मचारी/पेंशनर का नाम | ..... |
| 2  | पिता/पति का नाम                | ..... |
| 3  | लिंग (पु0/म0)                  | ..... |
| 4  | आयु                            | ..... |
| 5  | जन्म तिथि                      | ..... |
| 6  | कर्मचारी कोड                   | ..... |
| 7  | पी0पी0ओ0 नं0 (पेंशनर हेतु)     | ..... |
| 8  | विभाग/कार्यालय कोड             | ..... |
| 9  | डी0डी0ओ0 कोड                   | ..... |
| 10 | कोषागार का नाम                 | ..... |
| 11 | ग्रेड-पे                       | ..... |
| 12 | नियुक्ति की तिथि               | ..... |
| 13 | सेवानिवृत्ति की तिथि           | ..... |
| 14 | कार्यालय का पता                | ..... |
| 15 | प्रधान कार्यालय का पता         | ..... |
| 16 | कार्य स्थल / जिला              | ..... |
| 17 | मोबाइल नं0                     | ..... |
| 18 | ई0मेल आई डी                    | ..... |

क्र0सं0	आश्रितों के नाम	लिंग (पु0/म0)	सम्बन्ध कोड	आयु	जन्मतिथि
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

सम्बन्ध कोड:- 1. स्वयं 2. पति/पत्नि 3. पिता 4.माता 5.पुत्र 6.अविवाहित पुत्री 7.नाबालिग भाई 8.अविवाहित बहन 9.सौतेला पुत्र  
10. सौतेली पुत्री 11.विधवा बहन 12.विधवा पुत्री 13.आश्रित बच्चे (आय < = 500)

हस्ताक्षर : .....

**आहरण-वितरण अधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित**

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी ..... ने अपना यू0 हैल्थ स्मार्ट कार्ड के लिये विकल्प पत्र दिया है जो मेरे द्वारा सत्यापित किया गया है एवं मेरे द्वारा वित्तीय वर्ष ..... में एक बार का अंशदान रू0 ..... की कटौती के लिये कोषागार को अग्रसारित की जा रही है।

**आहरण-वितरण अधिकारी**

**कोषाधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित**

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी ..... ने अपना यू0 हैल्थ स्मार्ट कार्ड के लिये विकल्प पत्र दिया है जो आहरण वितरण अधिकारी अथवा मेरे द्वारा सत्यापित किया गया है एवं मेरे द्वारा वित्तीय वर्ष ..... में एक बार का अंशदान रू0 ..... की कटौती कर दी गयी है।

**कोषाधिकारी**

**जिला नोडल अधिकारी**

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी ..... ने अपना यू0 हैल्थ स्मार्ट कार्ड के लिये विकल्प पत्र दिया है, जिसका अंशदान वित्तीय वर्ष ..... में एक बार का अंशदान रू0 ..... की कटौती कोषाधिकारी द्वारा कर दी गई है एवं मेरे द्वारा राज्य नोडल अधिकारी को यू0 हैल्थ स्मार्ट कार्ड बनाने हेतु अग्रसारित।

**जिला नोडल अधिकारी**

**राज्य नोडल अधिकारी**

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी ..... ने अपना यू0 हैल्थ स्मार्ट कार्ड के लिये विकल्प पत्र दिया है जिसका डाटा सॉफ्ट कॉपी में बदल कर Second Party को यू0 हैल्थ स्मार्ट कार्ड बनाने हेतु अग्रसारित।

**राज्य नोडल अधिकारी**  
यू0 हैल्थ

**डाटा एन्ट्री ऑपरेटर**  
यू0 हैल्थ

\* राजकीय पेंशनर्स के सम्बन्ध में आहरण वितरण अधिकारी के रूप में सम्बन्धित कोषागार द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित किया जायेगा।