

प्रेषक,

महानिदेशक,
चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएं,
उ०प्र०, लखनऊ।

सेवा में,

1. समस्त निदेशक, स्वास्थ्य भवन, लखनऊ।
2. समस्त अपर निदेशक, स्वास्थ्य भवन, लखनऊ।
3. अपर निदेशक (विद्युत)/परिवहन, स्वास्थ्य भवन, लखनऊ।
4. समस्त संयुक्त निदेशक, स्वास्थ्य भवन, लखनऊ।
5. समस्त प्रोग्राम अधिकारी, स्वास्थ्य भवन, लखनऊ।
6. वित्त नियंत्रक, स्वास्थ्य भवन, लखनऊ।
7. मुख्या सम्प्रोधाधिकारी, स्वास्थ्य भवन, लखनऊ।
8. वरिष्ठ विधि अधिकारी, स्वास्थ्य भवन, लखनऊ।
9. अधीक्षण अभियन्ता (सिविल), स्वास्थ्य भवन, लखनऊ।
10. समस्त प्रशासनिक अधिकारी, स्वास्थ्य भवन, लखनऊ।

संख्या-13फ/कैशलेस चि०सु०/2016/२९२६

लखनऊ: दिनांक: ०५/दिसम्बर, 2016

विषय: राजकीय कर्मचारियों/पेंशनरों को असाध्य/आपातकालीन बीमारियों में सी०जी०एच०एस० की भांति राज्य सरकार द्वारा अनुबन्धित निजी चिकित्सालयों में कैशलेस चिकित्सा सुविधा उपलब्ध कराये जाने के संबंध में।

महोदय,

कृपया उपरोक्त विषयक महानिदेशालय के पत्र सं० -11फ/कैशलेस/2016-17/कैम्प-9457, दिनांक 02.12.2016 द्वारा राजकीय कर्मचारियों/पेंशनरों को असाध्य/आपातकालीन बीमारियों में सी०जी०एच०एस० की भांति राज्य सरकार द्वारा अनुबन्धित निजी चिकित्सालयों में कैशलेस चिकित्सा सुविधा उपलब्ध कराये जाने के संबंध में प्रारूप-1, 2 पर समस्त कर्मचारियों/अधिकारियों एवं उन पर आश्रित परिवार के सदस्यों के संबंध में सूचना उपलब्ध कराये जाने की अपेक्षा की गयी है।

अतः उक्त से संबंधित सूचना का प्रारूप-2 (तीन पृष्ठ) संलग्न कर आपको इस आशय से प्रेषित किया जाता है कि अपने अधीनस्थ समस्त प्रथम/द्वितीय/तृतीय/चतुर्थ श्रेणी के कर्मचारियों/अधिकारियों की सूचना अधोहस्ताक्षरी को प्रत्येक दशा में दिनांक 10.12.2016 तक उपलब्ध कराने का कष्ट करें, ताकि मा० मुख्य मंत्री जी द्वारा उक्त योजना के उद्घाटन हेतु प्रस्तावित दिनांक 15.12.2016 से पूर्व समस्त औपचारिकताओं को पूर्ण करते हुये उपलब्ध करायी जा सके।

संलग्नक-उपरोक्तानुसार

भवदीय,
07/12/2016

(एस०एच० जायसी)

संयुक्त निदेशक (मुख्यालय)

तद्दिनांक।

पृष्ठांकन संख्या-13फ/कैशलेस चि०सु०/2016/

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित:-

1. निदेशक (चिकित्सा उपचार), स्वास्थ्य भवन, लखनऊ।
2. स्टाफ आफिसर, महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएं, उ०प्र०स्वास्थ्य भवन, लखनऊ।
3. कम्प्युटर प्रभारी, कम्प्युटर प्रकोष्ठ, स्वास्थ्य भवन, लखनऊ को इस आशय से प्रेषित कि उक्त प्रारूप विभागीय वेबसाइट पर लोड कराने का कष्ट करें, ताकि सेवानिवृत्त कर्मचारियों/अधिकारियों को उक्त की सूचना प्राप्त हो सके।
4. नाजिर/केयर टेकर, स्वास्थ्य भवन, लखनऊ को इस आशय से प्रेषित कि उक्त सूचना विभागीय नोटिस बोर्ड पर चस्पा कराये।
5. गार्ड फाईल।

(एस०एच० जायसी)
संयुक्त निदेशक (मुख्यालय)



State Health Card Cell

State Employee Cashless Treatment Facility (SECTF)

Application Form for SECTF Userid and Password / (एस०ई०सी०टी०ए०फ़) के यूजर आयडी एवं पासवर्ड हेतु आवेदन पत्र:-

1	Name of Applicant/आवेदक का नाम	:	
2	Designation/पदनाम	:	
3	District/ जिला	:	
4	Department/ विभाग	:	
5	Designation of Head of Office / कार्यालय अध्यक्ष का पदनाम	:	
6	Office Address / कार्यालय पता	:	
7	Mobile No. / मोबाइल नंबर	:	
8	DDO code (provided by Treasury) / डी० डी० ओ० कोड (कोषागार से प्राप्त)	:	

आवेदक के हस्ताक्षर:.....

दिनांक:.....

नाम:.....

कार्यालय अध्यक्ष की संस्तुति:

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी.....मेरे कार्यालय में.....पद पर कार्यरत हैं। मैंने इनके द्वारा इस पत्र पर भरी गयी सारी जानकारी की सत्यता की अपने स्तर से जांच कर ली है। अतः इन्हें यूजर आयडी एवं पासवर्ड प्रदान करने का कष्ट करे।

कार्यालय अध्यक्ष के हस्ताक्षर:.....

दिनांक:.....

पदनाम:.....

मोहर:.....



State Health Card Cell

State Employee Cashless Treatment Management System (SECTMS)

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

यह आवेदन पत्र प्रदेश सरकार के कर्मचारियों एवं पेंशनर्स को कैशलेस चिकित्सा सुविधा प्राप्त करने हेतु स्टेट हेल्थ कार्ड जारी करने से सम्बंधित है। आवेदन में सभी बॉक्स में प्रविष्टि किया जाना अनिवार्य है। सभी बॉक्सों में प्रविष्टियाँ अंग्रेजी भाषा में अंकित की जानी हैं। संख्यात्मक प्रविष्टियाँ अंक पद्धति में ही पूर्ण की जाये। ऑनलाइन आवेदन कर्ता, आवेदन प्रक्रिया पूर्ण कर भरे हुए पूर्ण आवेदन का प्रिंटआउट ले लें। भविष्य में आवेदक द्वारा किये गए समस्त दावे पूर्ण आवेदन के प्रिंटआउट पर ही मान्य होंगे। अपूर्ण/अधूरे भरे आवेदन पत्रों पर कोई विचार नहीं किया जायेगा।

1	Applicant's Name / आवेदक का नाम	:	
2	Date of Birth / जन्मतिथि	:	
3	Serving or Pensioner / सेवारत या पेंसनर	:	
4	Department Name / विभाग का नाम	:	
5	Office Name / कार्यालय का नाम	:	
6	Office District / कार्यालय का जनपद	:	
7	Present or Last Post / वर्तमान या अंतिम पदनाम	:	
8	Present or Last Basic Pay / वर्तमान या अंतिम मूलवेतन	:	
9	Mobile Number / मोबाइल नं.	:	
10	E-Mail Id / ई-मेल	:	
11	Aadhar No / आधार नं.:	:	
12	Office Address / कार्यालय का पता	:	
13	Residential Address / आवासीय पता	:	
14	Upload Picture / फोटो अपलोड करें	:	
15	Post of Forwarding Officer / अग्रसारण अधिकारी का पदनाम	:	
16	DDO Code (Provided by Treasury) of Forwarding Officer/अग्रसारण अधिकारी का) कोषागार से प्राप्त (डी .डी .ओ . कोड)	:	

घोषणा:

मैं शपथपूर्वक अभिकथन करती / करता हूँ कि आवेदन में की गयी समस्त प्रविष्टियों सही एवं सत्य है एवं मैंने राज्य स्वास्थ्य कार्ड के लिए आवेदन हेतु मेरी पात्रता सत्यापित की है। मुझे इससे सम्बंधित सभी शर्तें मान्य हैं। मैंने किसी भी जानकारी को छिपाया नहीं है। यदि चयन के पूर्व अथवा बाद में जांचोपरांत कोई विवरण असत्य अथवा गलत पाया जाता 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 आदान एवं वितरण अधिकारी होंगे)

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि 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:.....

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

Beneficiary May Attach Separate seats if necessary. / लाभार्थी आवश्यकता अनुसार अतिरिक्त सीट संलग्न करें

S.No.	Name	Date of Birth	Relation	Aadhar No.	Photo
1					
2					
3					
4					