सं0 सं0 14/एम 11–1/19

निदेशालय स्वास्थ्य सेवाऐं

बिहार, पटना

प्रेषक,

डा0 आर0 डी0 रंजन
निदेशक प्रमुख

सेवा में ,

निदेशक,
आस्था लोक हौस्पीटल,
प्रोफेसर कालोनी, नीयर केन्द्रीय विद्यालय
कंकड़बाग, पटना 20

पटना, दिनांक.....

विषयः– **मुख्यमंत्री चिकित्सा सहायता कोष से अनुदान की विमुक्ति के संबंध में।**

महाशय,

उपर्युक्त विषयक मुख्यमंत्री चिकित्सा सहायता कोष के लिए गठित अधिकृत समिति की दिनांक **20.3.19** की बैठक में लिये गये निर्णय के अनुरूप आपके संस्थान में चिकित्सारत निम्नलिखित मरीजों को उनके नाम के समक्ष अंकित बीमारियों के चिकित्सा व्यय वहन के लिए कॉलम–4 में अंकित अनुदान राशि विमुक्त की जाती है।

क्रमांक	मरीज का नाम एवं पता तथा अस्पताल की निबंधन संख्या	बीमारी का नाम	अनुदान की राशि	राशि शब्दो में
1	2	3	4	5
1	प्रशान्त कुमार पिता–देवेन्द्र प्रसाद सिंह ग्राम–पो0–जोठा थाना–घौरैया जिला बांका	दुर्घटना	80,000	अस्सी हजार स्वीकृत।
			कुल ₹ 80,000/–	

2. उक्त अनुदानं की कुल राशि **₹ 80,000/–(अस्सी हजार)** के भुगतान के लिए आपके संस्थान/अस्पताल के खाते में उक्त राशि को मुख्यमंत्री चिकित्सा सहायता कोष, चालु खाता सं0 30121380424 एस0 बी0 आई0, बेली रोड, शाखा पटना के क्रास चेक सं0 875980 द्वारा आहरित कर इलेक्ट्रानिक **ट्रांसफर के माध्यम से आपके संस्थान/अस्पताल के खाता सं0 50200008844472 खाता धारक का** नाम–"आस्था लोक अस्पताल एडं रिसर्च सेंटर प्रा0 लि0" खाते का प्रकार–चालु, बैंक का नाम– **एच0 डी0 एफ0 सी0 बैंक,** शाखा का नाम **पत्रकार नगर, पटना,** RTGS/IFSC कोड सं0 HDFC0000477 में अंतरित किया जाता है।

3. गलत प्रमाण पत्र/छद्म नाम /अथवा गलत तरीके से उक्त कोष से प्राप्त की गयी राशि को संबंधित मरीज/उनके अभिभावक/उत्तराधिकारी से एक मुश्त बिहार लोक मांग वसुली अधिनियम के तहत वसूल कर लिया जायगा।

4 मरीज के चिकित्सोपरान्त चिकित्सा प्रमाण पत्र, सम्पूर्ण व्यय ब्यौरा के साथ अनुदान राशि की उपयोगिता का प्रमाण पत्र स्वास्थ्य विभाग, बिहार, पटना को निश्चित रूप से उपलब्ध कराया जाय, **अनुप्रयुक्त (unutilised) राशि/यदि मरीज द्वारा चिकित्सा/शल्य चिकित्सा करा ली गयी हो तो इस राशि को शीघ्र विभाग को वापस कर दी जाय।**

इसे अत्यावश्यक समझा जाय।

विश्वासभाजन

ह0/–
(डा0 आर0 डी0 रंजन)
निदेशक प्रमुख

ज्ञापांक पटना, दिनांक

प्रतिलिपि– शाखा प्रबंधक, भारतीय स्टेट बैंक, बेली रोड, पटना को प्रेषित करते हुए अनुरोध है कि संलग्न चेक सं0...875330.....की कुल राशि का अंतरण उपरोक्त कंडिका–2 में वर्णित खाताधारक को कर दिया जाय।

ह0/–
निदेशक प्रमुख

ज्ञापांक 662(14) पटना, दिनांक 01.04.19

प्रतिलिपि– लेखापाल, स्वास्थ्य विभाग, बिहार, पटना (तीन प्रतियों में)/ सभी संबंधित मरीजों/ आई टी0 मैनेजर, स्वास्थ्य विभाग को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु प्रेषित।

29/3/19
निदेशक प्रमुख

D:\New order Copy CM Relief Fund\2019\March\20.3.19\Astha lok hospital kankarbagh Patna 20-3.19.doc

सं0 सं0 14/एम 11–1/19

निदेशालय स्वास्थ्य सेवाऐं

बिहार, पटना

प्रेषक

डा0 आर0 डी0 रंजन
निदेशक प्रमुख

सेवा में ,

निदेशक
जीवक हार्ट अस्पताल एवं शोध संस्थान प्रा0 लि0
कंकड़बाग, पटना–20

पटना, दिनांक.....

विषयः– **"मुख्यमंत्री चिकित्सा सहायता कोष" से अनुदान की विमुक्ति के संबंध में।**

महाशय

उपर्युक्त विषयक मुख्यमंत्री चिकित्सा सहायता कोष के लिए गठित अधिकृत समिति की दिनांक **20.3.19** की बैठक में निर्णय के अनुरूप आपके संस्थान में चिकित्सारत निम्नलिखित मरीज को उनके नाम के समक्ष अंकित बीमारियों के चिकित्सा व्यय वहन के लिए कॉलम–4 में अंकित अनुदान राशि विमुक्त की जाती है।

क्रमांक	मरीज का नाम, पता तथा अस्पताल की निबंधन संख्या	बीमारी का नाम	अनुदान की राशि	राशि शब्दो में
1	2	3	4	5
1	मीना सिन्हा पति–विजय कुमार ग्राम–नखास चौक मीठा कुंआ पो0+थाना–हाजीपुर जिला–वैशाली	हृदय रोग	1,25,000	एक लाख पच्चीस हजार स्वीकृत।
2	राजा राम पासवान पिता–पलटन पासवान ग्राम–अंडहरा पो0–थाना–परसौनी जिला–सीतामढ़ी	हृदय रोग	2,20,000	दो लाख बीस हजार स्वीकृत। विशेष परिस्थिति मे।
3	लखन यादव पिता–कमलेश्वरी यादव ग्राम–बंधा पो0–परमानन्दपुर थाना–मुरलीगंज जिला मधेपुरा	हृदय रोग	1,25,000	एक लाख पच्चीस हजार स्वीकृत।
4	नन्द किशोर सिंह पिता–स्व0 राम प्रताप सिंह ग्राम–गोरौल भगवानपुर पो0+थाना–गोरौल जिला–वैशाली	हृदय रोग	1,80,000	एक लाख अस्सी हजार स्वीकृत।
			कुल ₹ 6,50,000/–	

2. उक्त अनुदानं की कुल राशि **₹ 6,50,000/–(छः लाख पचास हजार)** रूपये मात्र के भुगतान के लिए आपके स्थान/अस्पताल के खाते में उक्त राशि को "मुख्यमंत्री चिकित्सा सहायता कोष" चालु खाता सं0 30121380424, एस0 बी0 आई0, बेली रोड, शाखा पटना के क्रास चेक सं0 875328 द्वारा आहरित कर इलेक्ट्रानिक ट्रांसफर के माध्यम से आपके संस्थान/अस्पताल के खाता सं0 165902000000041 खाता धारक का नाम–"**निदेशक, जीवक हार्ट अस्पताल एवं शोध संस्थान प्रा0 लि0 कंकड़बाग, पटना**" खाते का प्रकार– चालु , बैंक का नाम–**इन्डियन ओबरसीज बैंक**, शाखा का नाम–**कंकड़बाग, पटना**(1659) RTGS/IFSC कोड सं0 IOBA 0001659 में अंतरित किया जाता है।

3. गलत प्रमाण पत्र/छद्म नाम /अथवा गलत तरीके से उक्त कोष से प्राप्त की गयी राशि को संबंधित मरीज/उनके अभिभावक/उत्तराधिकारी से एक मुश्त "बिहार लोक मांग वसुली अधिनियम" के तहत वसूल कर लिया जायगा।

4. मरीज के चिकित्सोपरान्त चिकित्सा प्रमाण पत्र, सम्पूर्ण व्यय ब्यौरा के साथ अनुदान राशि के उपयोगिता का प्रमाण पत्र स्वास्थ्य विभाग, बिहार, पटना को निश्चित रूप से उपलब्ध कराया जाय। **अनुप्रयुक्त (unutilised) राशि/यदि मरीज द्वारा चिकित्सा/शल्य चिकित्सा करा ली गयी हो तो इस राशि को शीघ्र विभाग को वापस कर दी जाय।**

इसे अत्यावश्यक समझा जाय।

विश्वासभाजन

ह0/–

(डा0 आर0 डी0 रंजन)

निदेशक प्रमुख

ज्ञापांक पटना, दिनांक

प्रतिलिपि– शाखा प्रबंधक, भारतीय स्टेट बैंक, बेली रोड, पटना को प्रेषित करते हुए अनुरोध है कि संलग्न चेक सं0...875328....की कुल राशि का अंतरण उपरोक्त कंडिका–2 में वर्णित खाताधारक को कर दिया जाय।

ह0/–

निदेशक प्रमुख

ज्ञापांक 653(14) पटना, दिनांक 01.04.19

प्रतिलिपि– लेखापाल, स्वास्थ्य विभाग, बिहार, पटना (तीन प्रतियों में)/ सभी संबंधित मरीजों को/आई. टी. मैनेजर, स्वास्थ्य विभाग, पटना को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु प्रेषित।

निदेशक प्रमुख

सं0 सं0 14/एम 11–1/19
निदेशालय स्वास्थ्य सेवाऐं
बिहार, पटना

प्रेषक

डा. आर0 डी0 रंजन
निदेशक प्रमुख

सेवा में ,

निदेशक,
सहयोग अस्पताल 40,
पाटलीपुत्रा कालोनी
पटना 800013

पटना, दिनांक.....

विषयः– **मुख्यमंत्री चिकित्सा सहायता कोष से अनुदान की विमुक्ति के संबंध में।**

महाशय,

उपर्युक्त विषयक मुख्यमंत्री चिकित्सा सहायता कोष के लिए गठित अधिकृत समिति की दिनांक 20.3.19 की बैठक में लिये गये निर्णय के अनुरूप आपके संस्थान में चिकित्सारत निम्नलिखित मरीजों को उनके नाम के समक्ष अंकित बीमारियों के चिकित्सा व्यय वहन के लिए कॉलम–4 में अंकित अनुदान राशि विमुक्त की जाती है।

क्रमांक	मरीज का नाम एवं पता तथा अस्पताल की निबंधन संख्या	बीमारी का नाम	अनुदान की राशि	राशि शब्दो में
1	2	3	4	5
1	राकेश कुमार पिता–स्0 कृष्ण देव प्रसाद ग्राम–रोड नं0–1 शिवपुरी, पो0–थाना–शास्त्री नगर जिला–पटना	ब्रेन हेमरेज	90,000	नब्बे हजार स्वीकृत। विशेष परिस्थिति मे।
			कुल ₹ 90,000/–	

2 . उक्त अनुदान की कुल राशि **₹ 90,000/–(नब्बे हजार)** का क्रास चेक सं0.....875329.....
.....मूल रूप में संलग्न है।

3. मरीज के चिकित्सोपरान्त चिकित्सा प्रमाण पत्र, सम्पूर्ण व्यय ब्यौरा के साथ अनुदान राशि का उपयोगिता प्रमाण पत्र स्वास्थ्य विभाग, बिहार, पटना को निश्चित रूप से उपलब्ध कराया जाय, तथा अनुप्रयुक्त (unutilised) राशि शीघ्र विभाग को वापस कर दी जाय।

4. गलत प्रमाण पत्र/छद्म नाम /अथवा गलत तरीके से उक्त कोष से प्राप्त की गयी राशि को संबंधित मरीज/उनके अभिभावक/उत्तराधिकारी से एक मुश्त बिहार लोक मॉग वसुली अधिनियम के तहत वसूल कर लिया जायगा। **अनुप्रयुक्त (unutilised) राशि/यदि मरीज द्वारा चिकित्सा/शल्य चिकित्सा करा ली गयी हो तो इस राशि को शीघ्र विभाग को वापस कर दी जाय।**

इसे अत्यावश्यक समझा जाय।

विश्वासभाजन

ह0/–
(डा. आर0 डी0 रंजन)
निदेशक प्रमुख

ज्ञापांक 664(14) पटना, दिनांक 01.04.19

प्रतिलिपि– लेखापाल, स्वास्थ्य विभाग, बिहार, पटना (तीन प्रतियों में)/ सभी संबंधित मरीजों /आई0 टी0 मैनेजर, स्वास्थ्य विभाग को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु प्रेषित।

2/3/19
निदेशक प्रमुख

D:\New order Copy CM Relief Fund\2019\March\20.3.19\sahyog Hospital patliputra colony 20.3.19.doc

सं0 सं0 14/एम 11–1/19

निदेशालय स्वास्थ्य सेवाऐं

बिहार, पटना

प्रेषक

डा0 आर0 डी0 रंजन
निदेशक प्रमुख

सेवा में ,

अधीक्षक/निदेशक
सदर अस्पताल
गोपालगंज– 841428

पटना, दिनांक.....

विषयः– **मुख्यमंत्री चिकित्सा सहायता कोष से अनुदान की विमुक्ति के संबंध में।**

महाशय,

उपर्युक्त विषयक मुख्यमंत्री चिकित्सा सहायता कोष के लिए गठित अधिकृत समिति की दिनांक **20.3.19** की बैठक में लिये गये निर्णय के अनुरूप आपके संस्थान में चिकित्सारत निम्नलिखित मरीजों को उनके नाम के समक्ष अंकित बीमारियों के चिकित्सा व्यय वहन के लिए कॉलम–4 में अंकित अनुदान राशि विमुक्त की जाती है।

क्रमांक	**मरीज का नाम एवं पता तथा अस्पताल की निबंधन संख्या**	**बीमारी का नाम**	**अनुदान की राशि**	**राशि शब्दो में**
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	विनोद कुमार श्रीवास्तव पिता–दिनेश्वर प्रसाद ग्राम–पड़रीया मलीकान पो0–महारानी थाना–महम्मदपुर जिला–गोपालगंज	किडनी रोग	50,000	पचास हजार स्वीकृत । विशेष परिस्थिति में।
			कुल रू0 50,000/	

2. उक्त अनुदान की कुल राशि **₹ 50,000/– (पचास हजार)** का क्रास चेक सं0.....875340.....
.....मूल रूप में संलग्न है।

3. गलत प्रमाण पत्र/छद्म नाम /अथवा गलत तरीके से उक्त कोष से प्राप्त की गयी राशि को संबंधित मरीज/उनके अभिभावक/उत्तराधिकारी से एक मुश्त बिहार लोक मॉग वसुली अधिनियम के तहत वसूल कर लिया जायगा।

4. मरीज के चिकित्सोपरान्त चिकित्सा प्रमाण पत्र, सम्पूर्ण व्यय ब्यौरा के साथ अनुदान राशि के उपयोगिता का प्रमाण पत्र स्वास्थ्य विभाग, बिहार, पटना को निश्चित रूप से उपलब्ध कराया जाय। **अनुप्रयुक्त (unutilised) राशि/यदि मरीज द्वारा चिकित्सा/शल्य चिकित्सा करा ली गयी हो तो इस राशि को शीघ्र विभाग को वापस कर दी जाय।**

इसे अत्यावश्यक समझा जाय।

विश्वासभाजन

ह0/
(डा0 आर0 डी0 रंजन)
निदेशक प्रमुख

ज्ञापांक 660(14) पटना, दिनांक 01.04.19

प्रतिलिपि– लेखापाल, स्वास्थ्य विभाग, बिहार, पटना (तीन प्रतियों में)/ सभी संबंधित मरीजों को/ आई0टी0 मैनेजर, स्वास्थ्य विभाग, पटना सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु प्रेषित।

29/3/19
निदेशक प्रमुख

D:\New order Copy CM Relief Fund\2019\March\20.3.19\sadar hospital Gopalganj 20.3.19.doc

संo संo 14/.एम 11–2/19

निदेशालय स्वास्थ्य सेवाऐं

बिहार,पटना

प्रेषक

डा. आर0 डी0 रंजन

निदेशक प्रमुख

सेवा में ,

निदेशक/अधीक्षक

चितरंजन नेशनल कैंसर इंस्टीच्युट

37 एस0 पी0 मुखर्जी रोड

कोलकता–700026

पटना, दिनांक.....................

विषयः– **''मुख्यमंत्री चिकित्सा सहायता कोष'' से अनुदान की विमुक्ति के संबंध में।**

महाशय,

उपर्युक्त विषयक मुख्यमंत्री चिकित्सा सहायता कोष के लिए गठित अधिकृत समिति की दिनांक **20.3.19** की बैठक में लिये गये निर्णय के अनुरूप आपके संस्थान में चिकित्सारत निम्नलिखित मरीज को उनके नाम के समक्ष अंकित बीमारियों के चिकित्सा व्यय वहन के लिए कॉलम–4 में अंकित अनुदान राशि विमुक्त की जाती है।

क्रमांक	**मरीज का नाम एवं पता तथा अस्पताल की निबंधन संख्या**	**बीमारी का नाम**	**अनुदान की राशि**	**राशि शब्दो में**
1	2	3	4	5
1	आशा उपाध्याय पति–राजेन्द्र प्रसाद उपाध्याय (जे0पी0 सेनानी) ग्राम–गंजरात कालोनी नीयर सेंट मेरी स्कुल, चेक पोस्ट चास बोकारो, झारखंड–827013	कैंसर रोग	80,000	अस्सी हजार स्वीकृत।
			कुल ₹ 80,000/–	

2. उक्त अनुदान की कुल राशि **₹ 80,000/– (अस्सी हजार)** रूपया का क्रास चेक सं0....875311.....मूल रूप में संलग्न है।

3. गलत प्रमाण पत्र/छद्म नाम /अथवा गलत तरीके से उक्त कोष से प्राप्त की गयी राशि को संबंधित मरीज/उनके अभिभावक/उत्तराधिकारी से एक मुश्त बिहार लोक मॉग वसुली अधिनियम के तहत वसूल कर लिया जायगा।

4 . मरीज के चिकित्सोपरान्त चिकित्सा प्रमाण पत्र, सम्पूर्ण व्यय ब्यौरा के साथ अनुदान राशि का उपयोगिता प्रमाण पत्र स्वास्थ्य विभाग, बिहार, पटना को निश्चित रूप से उपलब्ध कराया जाय। **अनुप्रयुक्त (unutilised) राशि/यदि मरीज द्वारा चिकित्सा/शल्य चिकित्सा करा ली गयी हो तो इस राशि को शीघ्र विभाग को वापस कर दी जाय।**

इसे अत्यावश्यक समझा जाय।

विश्वासभाजन

ह0/–

(डा. आर0 डी0 रंजन)

निदेशक प्रमुख

ज्ञापांक 679(14) पटना, दिनांक 01.04.19

प्रतिलिपि–लेखापाल,स्वास्थ्य विभाग, बिहार, पटना (तीन प्रतियों में)/ सभी संबंधित मरीजों को/ **आई. टी. मैनेजर, स्वास्थ्य विभाग, पटना को** सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु प्रेषित।

29/3/19

निदेशक प्रमुख

सं0 सं0 14/एम 11–2/19
निदेशालय स्वास्थ्य सेवाऐं
बिहार,पटना

प्रेषक

डा0 आर0 डी0 रंजन
निदेशक प्रमुख

सेवा में ,

निदेशक,
चरनोक अस्पताल प्रा0 लि0
तेघरीया, मेजोर आरटेरीयल रोड
न्यु टाउन, कोलकता–700157

पटना, दिनांक.....................

विषयः– **मुख्यमंत्री चिकित्सा सहायता कोष से अनुदान की विमुक्ति के संबंध में।**

महाशय,

उपर्युक्त विषयक मुख्यमंत्री चिकित्सा सहायता कोष के लिए गठित अधिकृत समिति की दिनांक **20.3.19** की बैठक में निर्णय के अनुरूप आपके संस्थान में चिकित्सारत निम्नलिखित मरीजों को उनके नाम के समक्ष अंकित बीमारियों के चिकित्सा व्यय वहन के लिए कॉलम–4 में अंकित अनुदान राशि विमुक्त की जाती है।

क्रमांक	**मरीज का नाम, पता तथा अस्पताल की निबंधन संख्या**	**बीमारी का नाम**	**अनुदान की राशि**	**राशि शब्दो में**
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	बांकु बिहारी पिता–स्व0 पुलिन बिहारी ग्राम–बेला, पो0–देव थाना–मदनपुर जिला औरंगाबाद	हृदय रोग	85,000	पचासी हजार स्वीकृत।
			कुल ₹ 85,000/–	

2. उक्त अनुदानं की कुल राशि **₹** 85,000/–(पचासी हजार) के भुगतान के लिए आपके संस्थान/अस्पताल के खाते में उक्त राशि को मुख्यमंत्री चिकित्सा सहायता कोष, चालु खाता सं0 30121380424 एस0 बी0 आई0, बेली रोड, शाखा पटना के क्रास चेक सं0 ......875342...... द्वारा आहरित कर इलेक्ट्रानिक ट्रांसफर के माध्यम से आपके संस्थान/अस्पताल के खाता सं0 — **30010282751** खाता धारक का नाम–'**चरनोक अस्पताल प्रा0 लि0,** खाते का प्रकार–चालु, बैंक का नाम– स्टैट **बैंक आफ इंडिया,** शाखा का नाम–**तेघरीया रघुनाथपुर ब्रांच,** RTGS/IFSC कोड सं0 SBIN 0008735 में अंतरित किया जाता है।
3. मरीज के चिकित्सोपरान्त चिकित्सा प्रमाण पत्र, सम्पूर्ण व्यय ब्यौरा के साथ अनुदान राशि की उपयोगिता का प्रमाण पत्र स्वास्थ्य विभाग, बिहार, पटना को निश्चित रूप से उपलब्ध कराया जाय, तथा अनुप्रयुक्त (unutilised) राशि शीघ्र विभाग को वापस कर दी जाय।
4. गलत प्रमाण पत्र/छद्म नाम /अथवा गलत तरीके से उक्त कोष से प्राप्त की गयी राशि को संबंधित मरीज/उनके अभिभावक/उत्तराधिकारी से एक मुश्त बिहार लोक मांग वसुली अधिनियम के तहत वसूल कर लिया जायगा।

विश्वासभाजन
ह0/–
(डा0 आर0 डी0 रंजन)
निदेशक प्रमुख

ज्ञापांक　　　　पटना, दिनांक

प्रतिलिपि– शाखा प्रबंधक, भारतीय स्टेट बैंक, बेली रोड, पटना को प्रेषित करते हुए अनुरोध है कि संलग्न चेक सं0.....875342.....की कुल राशि का अंतरण उपरोक्त कंडिका–2 में वर्णित खाताधारक को कर दिया जाय।

ह0 /–
निदेशक प्रमुख

ज्ञापांक, 678(14)　　　　पटना, दिनांक 01.04.19

प्रतिलिपि– लेखापाल, स्वास्थ्य विभाग, बिहार, पटना (तीन प्रतियों में)/सभी संबंधित मरीजों को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु प्रेषित।

29/3/19
निदेशक प्रमुख

सं0 सं0 14/एम 11–2/19

निदेशालय स्वास्थ्य सेवाऐं

बिहार, पटना

प्रेषक

डा0 आर0 डी0 रंजन
निदेशक प्रमुख

सेवा में ,

निदेशक,
होमी भाभा कैसर अस्पताल,
घंटी मिल रोड, लहरतारा,
ओल्ड लोको कालोनी शिवपुरवा
वाराणसी 221002

पटना, दिनांक.....

विषयः– **मुख्यमंत्री चिकित्सा सहायता कोष से अनुदान की विमुक्ति के संबंध में।**

महाशय,

उपर्युक्त विषयक मुख्यमंत्री चिकित्सा सहायता कोष के लिए गठित अधिकृत समिति की दिनांक 20.03.19 की बैठक में लिये गये निर्णय के अनुरूप आपके संस्थान में चिकित्सारत निम्नलिखित मरीजों को उनके नाम के समक्ष अंकित बीमारियों के चिकित्सा व्यय वहन के लिए कॉलम–4 में अंकित अनुदान राशि विमुक्त की जाती है।

क्रमांक	मरीज का नाम एवं पता तथा अस्पताल की निबंधन संख्या	बीमारी का नाम	अनुदान की राशि	राशि शब्दो में
1	2	3	4	5
1	प्रमीला सिंह पति–राजेश्वर सिंह ग्राम गम्हरीया पो0–मोकर थाना–अग्रेर जिला रोहतास केसफाइलन0–के0बी0/50766	कैसर रोग	20,000	बीस हजार स्वीकृत।
			कुल ₹ 20,000/–	

2. उक्त अनुदान की कुल राशि ₹ 20,000/–(बीस हजार) मात्र का क्रास चेक सं0.....875343..... .....मूल रूप में संलग्न है।
3. गलत प्रमाण पत्र/छद्म नाम /अथवा गलत तरीके से उक्त कोष से प्राप्त की गयी राशि को संबंधित मरीज/उनके अभिभावक/उत्तराधिकारी से एक मुश्त बिहार लोक मॉग वसुली अधिनियम के तहत वसूल कर लिया जायगा।
4. मरीज के चिकित्सोपरान्त चिकित्सा प्रमाण पत्र, सम्पूर्ण व्यय ब्यौरा के साथ अनुदान राशि का उपयोगिता प्रमाण पत्र स्वास्थ्य विभाग, बिहार, पटना को निश्चित रूप से उपलब्ध कराया जाय, **अनुप्रयुक्त (unutilised) राशि/यदि मरीज द्वारा चिकित्सा/शल्य चिकित्सा करा ली गयी हो तो इस राशि को शीघ्र विभाग को वापस कर दी जाय। इसे अत्यावश्यक समझा जाय।**

विश्वासभाजन

ह0/–
(डा0 आर0 डी0 रंजन)
निदेशक प्रमुख

ज्ञापांक 674(14) पटना, दिनांक 01.04.19

प्रतिलिपि– लेखोपाल, स्वास्थ्य विभाग, बिहार, पटना (तीन प्रतियों में)/सभी संबंधित मरीजों को/ आई. टी. मैनेजर, स्वास्थ्य विभाग, पटना सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु प्रेषित।

निदेशक प्रमुख

D:\New order Copy CM Relief Fund\2019\March\20.3.19\Homi Vava canser hospital varanashi 20.3-19.doc

सं0 सं0 14/एम 11–2/19
निदेशालय स्वास्थ्य सेवाऐं
बिहार,पटना

प्रेषक

डा0 आर डी रंजन
निदेशक प्रमुख

सेवा में ,

निदेशक
नेशनल इंन्स्टीच्युट ऑफ मेंटल हेल्थ
एडं न्यूरो साइन्स, (NIMHANS)
होसुर रोड, बंगलौर– 560 029

पटना, दिनांक.....

विषयः– **मुख्यमंत्री चिकित्सा सहायता कोष से अनुदान की विमुक्ति के संबंध में।**

महाशय,

उपर्युक्त विषयक मुख्यमंत्री चिकित्सा सहायता कोष के लिए गठित अधिकृत समिति की दिनांक 20.3.19 की बैठक में निर्णय के अनुरूप आपके संस्थान में चिकित्सारत निम्नलिखित मरीजों को उनके नाम के समक्ष अंकित बीमारियों के चिकित्सा व्यय वहन के लिए कॉलम–4 में अंकित अनुदान राशि विमुक्त की जाती है।

क्रमांक	मरीज का नाम, पता तथा अस्पताल की निबंधन संख्या	बीमारी का नाम	अनुदान की राशि	राशि शब्दो में
1	2	3	4	5
	रूणा कुमारी पति–जय प्रकाश मंडल ग्राम+पो0+थाना सिकन्दरा जिला–जमुई यु0एचआईडी–20170109793	ब्रेन टयुमर	80,000	अस्सी हजार स्वीकृत।
			कुल ₹ 80,000/–	

2. उक्त अनुदानं की कुल राशि ₹ 80,000/–(अस्सी हजार) के भुगतान के लिए आपके संस्थान/अस्पताल के खाते में उक्त राशि को मुख्यमंत्री चिकित्सा सहायता कोष, चालु खाता सं0 30121380424 एस0 बी0 आई0, बेली रोड, शाखा पटना के क्रास चेक सं0 875744 द्वारा आहरित कर इलेक्ट्रानिक ट्रांसफर के माध्यम से आपके संस्थान/अस्पताल के खाता सं0– **64063643613** खाता धारक का नाम–" Director NIMHANS" खाते का प्रकार– बैंक का नाम– **स्टेट बैंक आफ इंडिया,** शाखा का नाम, NIMHANS Branch, Hosur Road, Bengaluru, RTGS/IFSC कोड सं0 SBIN 0040675 में अंतरित किया जाता है।

3. मरीज के चिकित्सोपरान्त चिकित्सा प्रमाण पत्र, सम्पूर्ण व्यय ब्यौरा के साथ अनुदान राशि की उपयोगिता का प्रमाण पत्र स्वास्थ्य विभाग, बिहार, पटना को निश्चित रूप से उपलब्ध कराया जाय, तथा अनुप्रयुक्त (unutilised) राशि शीघ्र विभाग को वापस कर दी जाय।

4. गलत प्रमाण पत्र/छद्म नाम /अथवा गलत तरीके से उक्त कोष से प्राप्त की गयी राशि को संबंधित मरीज/उनके अभिभावक/उत्तराधिकारी से एक मुश्त बिहार लोक मांग वसुली अधिनियम के तहत वसूल कर लिया जायगा।

विश्वासभाजन

ह0/–
(डा0 आर डी रंजन)
निदेशक प्रमुख

ज्ञापांक पटना, दिनांक

प्रतिलिपि– शाखा प्रबंधक, भारतीय स्टेट बैंक, बेली रोड, पटना को प्रेषित करते हुए अनुरोध है कि संलग्न चेक सं0.....875944.....की कुल राशि का अंतरण उपरोक्त कंडिका–2 में वर्णित खाताधारक को कर दिया जाय।

ह0/–
निदेशक प्रमुख

ज्ञापांक 673(14) पटना, दिनांक 01.04.19

प्रतिलिपि– लेखापाल, स्वास्थ्य विभाग, बिहार, पटना (तीन प्रतियों में)/सभी संबंधित मरीजों को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु प्रेषित।

29/3/19
निदेशक, प्रमुख

सं0 सं0 14/एम 11–2/19

निदेशालय स्वास्थ्य सेवाऐं

बिहार, पटना

प्रेषक

डा0 आर0 डी0 रंजन
निदेशक प्रमुख

सेवा में ,

निदेशक,/अधीक्षक
डा0 राम मनोहर लोहिया आयुर्विज्ञान सं0
गोमती नगर, लखनऊ 226010

पटना, दिनांक.....

विषयः– **मुख्यमंत्री चिकित्सा सहायता कोष से अनुदान की विमुक्ति के संबंध में।**

महाशय,

उपर्युक्त विषयक मुख्यमंत्री चिकित्सा सहायता कोष के लिए गठित अधिकृत समिति की दिनांक **20.3.19** की बैठक में लिये गये निर्णय के अनुरूप आपके संस्थान में चिकित्सारत निम्नलिखित मरीज को उनके नाम के समक्ष अंकित बीमारियों के चिकित्सा व्यय वहन के लिए कॉलम–4 में अंकित अनुदान राशि विमुक्त की जाती है।

क्रमांक	मरीज का नाम एवं पता तथा अस्पताल की निबंधन संख्या	बीमारी का नाम	अनुदान की राशि	राशि शब्दो में
1	2	3	4	5
1	क्रिन्ता कुमारी पिता–बिक्रमा चौधरी ग्राम–धर्मपुर निरंजना पो0–थाना यादोपुर जिला–गोपालगंज पंजी स0–2019/17050	हृदय रोग	60,000	साठ हजार स्वीकृत।
			कुल ₹ 60,000/–	

2. उक्त अनुदान की कुल राशि **₹ 60,000/– (साठ हजार)** रूपये का क्रास चेक सं0.....875345.....
....मूल रूप में संलग्न है।

3. गलत प्रमाण पत्र/छद्म नाम /अथवा गलत तरीके से उक्त कोष से प्राप्त की गयी राशि को संबंधित मरीज/उनके अभिभावक/उत्तराधिकारी से एक मुश्त बिहार लोक मॉग वसुली अधिनियम के तहत वसूल कर लिया जायगा।

4. मरीज के चिकित्सोपरान्त चिकित्सा प्रमाण पत्र, सम्पूर्ण व्यय ब्यौरा के साथ अनुदान राशि का उपयोगिता प्रमाण पत्र स्वास्थ्य विभाग, बिहार, पटना को निश्चित रूप से उपलब्ध कराया जाय। **अनुप्रयुक्त (unutilised) राशि/यदि मरीज द्वारा चिकित्सा/शल्य चिकित्सा करा ली गयी हो तो इस राशि को शीघ्र विभाग को वापस कर दी जाय।**

इसे अत्यावश्यक समझा जाय।

विश्वासभाजन
ह0/–
(डा0 आर0 डी0 रंजन)
निदेशक प्रमुख

ज्ञापांक 670(14) पटना, दिनांक 01.04.19

प्रतिलिपि– लेखापाल, स्वास्थ्य विभाग, बिहार, पटना (तीन प्रतियों में)/ सभी संबंधित मरीजों को/ **आई. टी. मैनेजर, स्वास्थ्य विभाग, पटना को** सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु प्रेषित ।

29/3/19
निदेशक प्रमुख

D:\New order Copy CM Relief Fund\2019\March\20.3.19\Dr Ram manohar lohiya gomti nagar lucknow 20-3 .19.doc

सं0 सं0 14/एम 11–1/19
निदेशालय स्वास्थ्य सेवाऐं
बिहार, पटना

प्रेषक

डा0 आर0 डी0 रंजन
निदेशक प्रमुख

सेवा में ,

निदेशक,
दिव्य दृष्टि आई सेंटर ,
मंगल मार्केट, शेखपुरा,
पटना 800014 ।

पटना, दिनांक.....

विषयः– **मुख्यमंत्री चिकित्सा सहायता कोष से अनुदान की विमुक्ति के संबंध में।**

महाशय,

उपर्युक्त विषयक मुख्यमंत्री चिकित्सा सहायता कोष के लिए गठित अधिकृत समिति की दिनांक 20.3.19 की बैठक में लिये गये निर्णय के अनुरूप आपके संस्थान में चिकित्सारत निम्नलिखित मरीजों को उनके नाम के समक्ष अंकित बीमारियों के चिकित्सा व्यय वहन के लिए कॉलम–4 में अंकित अनुदान राशि विमुक्त की जाती है।

क्रमांक	मरीज का नाम एवं पता तथा अस्पताल की निबंधन संख्या	बीमारी का नाम	अनुदान की राशि	राशि शब्दो में
1	2	3	4	5
1	शिव नाथ सिंह (जे0पी0 सेनानी) पिता–स्व0 राम नाथ सिंह ग्राम+पो0–ओसाई थाना–बिहियां जिला–भोजपुर	नेत्र रोग	20,000	बीस हजार स्वीकृत।
			कुल ₹ 20,000/–	

2. उक्त अनुदान की कुल राशि **₹ 20,000/–(बीस हजार) मात्र** का क्रास चेक सं0.....875346.....
.....मूल रूप में संलग्न है।

3. मरीज के चिकित्सोपरान्त चिकित्सा प्रमाण पत्र, सम्पूर्ण व्यय ब्यौरा के साथ अनुदान राशि का उपयोगिता प्रमाण पत्र स्वास्थ्य विभाग, बिहार, पटना को निश्चित रूप से उपलब्ध कराया जाय, तथा अनुप्रयुक्त (unutilised) राशि शीघ्र विभाग को वापस कर दी जाय।

4. गलत प्रमाण पत्र/छद्म नाम /अथवा गलत तरीके से उक्त कोष से प्राप्त की गयी राशि को संबंधित मरीज/उनके अभिभावक/उत्तराधिकारी से एक मुश्त बिहार लोक मॉग वसुली अधिनियम के तहत वसूल कर लिया जायगा।

विश्वासभाजन

ह0/–
(डा0 आर0 डी0 रंजन)
निदेशक प्रमुख

ज्ञापांक 663(14) पटना, दिनांक 01.04.19

प्रतिलिपि– लेखापाल, स्वास्थ्य विभाग, बिहार, पटना (तीन प्रतियों में)/सभी संबंधित मरीजों को/ आई. टी. मैनेजर, स्वास्थ्य विभाग, पटना सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु प्रेषित।

29/3/19
निदेशक प्रमुख