

Concession certificate for patients

Concession to Cancer/ Thalassemia Major/ Heart (only for Heart operation)/ T.B./Lupas Valgaris/ Non-infectious Leprosy / Patients suffering from severe/moderate form of Haemophilia/ AIDS patients for treatment at nominated ART centres / Kidney patients only for dialysis/kidney transplant operation patients/ Sickle cell Anaemia/ Aplastic Anaemia patients -

Outward Journey

Form for the purpose of issue of Rail Concession to Cancer/ Thalassemia Major / Heart (only for heart operation) / T.B./Lupas Valgaris/ Non-infectious Leprosy / Patients suffering from severe/moderate form of Haemophilia/ AIDS patients for treatment at nominated ART centres/ Kidney patients only for dialysis/kidney transplant operation/ Sickle cell Anaemia/ Aplastic Anaemia patients** to be used by Officer-in -charge of the recognized hospital by Health Department of central Government or the concerned State Government

To

The Station Master,

----- (Station)

----- (Railway)

This is to certify that Mr./Mrs./Ms. _____, whose particulars are furnished below; is bonafide Cancer/ Thalassemia Major / Heart only for heart operation / T.B./Lupas Valgaris/ Non-infectious Leprosy / Patients suffering from severe/moderate form of Haemophilia/ AIDS patients for treatment at nominated ART centres/ Kidney patients only for dialysis/kidney transplant operation /Sickle cell Anaemia/ Aplastic Anaemia patients ** and is required to travel from _____ (Station) to _____ (station). The patient has secured admission for treatment/is travelling for periodically check up/operation ** at _____ + hospital/Institute/centre**

Particulars of the Patient

(a) Age

(b) Sex

Station _____

Date _____

Signature _____

Officer-in-charge of the

(Hospital/Institute recognized by Health Department of Central Government/ State Government/ Nominated Anti Retroviral Therapy(ART) centre in case of AIDS patients)
(Name of the State)

Seal/Stamp of the
hospital/Institute/Centre

** Strike out where not applicable.

+ . Indicate name of the Hospital /Institute/ (recognized by Health Department of Central Government or the State Government concerned)/Nominated Centre.

Note:

1. This certificate is valid for three months from the date of issue except for cancer patients which is valid for one year.
2. No alteration in this form is permitted
3. Certificate should be issued to patients only for travelling from the station serving his place of residence to the station serving the recognized Hospital/Institute/centre.

रोगियों के लिए रियायती प्रमाणपत्र

कैंसर/थेलेसेमिया मेजर/हृदय(सिर्फ हृदय संबंधी ऑपरेशन के लिए)/क्षय रोग/लुपस वलगरिस/असंक्रामक कुष्ठ रोग/गंभीर/सामान्य हिमोफिलीया से पीड़ित रोगी/नामित एआरटी केन्द्रों पर उपचार के लिए एडस रोगी/किडनी के रोगी सिर्फ डायलेसिस के लिए/किडनी ट्रांसप्लांट ऑपरेशन के रोगी/सिकल सेल एनिमिया/अप्लास्टिक एनिमिया से पीड़ित रोगियों को दी जाने वाली रियायत

आउटवर्ड यात्रा

कैंसर/थेलेसेमिया मेजर/हृदय(सिर्फ हृदय संबंधी ऑपरेशन के लिए)/क्षय रोग/लुपस वलगरिस/असंक्रामक कुष्ठ रोग/गंभीर/सामान्य हिमोफिलीया से पीड़ित रोगी/नामित एआरटी केन्द्रों पर उपचार के लिए एडस रोगी/किडनी के रोगी सिर्फ डायलेसिस के लिए/किडनी ट्रांसप्लांट ऑपरेशन के रोगी/सिकल सेल एनिमिया/अप्लास्टिक एनिमिया से पीड़ित रोगियों** को दी जाने वाली रियायत के लिए केन्द्रीय सरकार या संबंधित राज्य सरकार के स्वास्थ्य विभाग द्वारा मान्यता प्राप्त अस्पताल के प्रभारी अधिकारी द्वारा उपयोग किए जाने के लिए फार्म

सेवा में,
स्टेशन मास्टर,
_____ (स्टेशन)
_____ (रेलवे)

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/सुश्री _____ जिसका विवरण नीचे दिया गया है, वास्तव में कैंसर/थेलेसेमिया मेजर/हृदय(सिर्फ हृदय संबंधी ऑपरेशन के लिए)/क्षय रोग/लुपस वलगरिस/असंक्रामक कुष्ठ रोग/गंभीर/सामान्य हिमोफिलीया से पीड़ित रोगी/नामित एआरटी केन्द्रों पर उपचार के लिए एडस रोगी/किडनी के रोगी सिर्फ डायलेसिस के लिए/किडनी ट्रांसप्लांट ऑपरेशन के रोगी/सिकल सेल एनिमिया/अप्लास्टिक एनिमिया से पीड़ित रोगी** हैं और इन्हें _____ (स्टेशन) से _____ (स्टेशन) तक की यात्रा अपेक्षित है। उक्त रोगी ने _____ + अस्पताल/संस्थान/केन्द्र में इलाज के लिए दाखिला ले लिया है/आवधिक जांच/ऑपरेशन के लिए यात्रा कर रहा है।

रोगी का विवरण

(क) आयु
(ख) लिंग

स्टेशन _____
दिनांक _____

हस्ताक्षर _____

प्रभारी अधिकारी
(केन्द्रीय सरकार/राज्य सरकार के
स्वास्थ्य विभाग द्वारा मान्यता प्राप्त अस्पताल/
संस्थान/एडस रोगी के मामले में नामित एआरटी सेंटर)
(राज्य का नाम)

अस्पताल/संस्थान/केन्द्र की मोहर/सील

** जहां लागू नहीं हो उसे काट दें।

+ अस्पताल/संस्थान/(केन्द्रीय सरकार/संबंधित राज्य सरकार के स्वास्थ्य विभाग द्वारा मान्यता प्राप्त) नामित सेंटर का नाम दर्शाएं
नोट:

1. यह प्रमाणपत्र जारी करने की तारीख से तीन महीने के लिए विधि मान्य होगा, कैंसर रोगियों को छोड़कर जिनके लिए यह एक वर्ष के लिए विधि मान्य है।
2. इस फार्म में किसी प्रकार का परिवर्तन किए जाने की अनुमति नहीं है।
3. यह प्रमाणपत्र रोगियों को केवल उसके निवास स्थल के स्टेशन से मान्यता प्राप्त अस्पताल/संस्थान/सेंटर के स्टेशन तक यात्रा करने के लिए जारी किया जाए।