

## Concession certificate

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 -

### Return 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

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 centre/ Kidney patients only for dialysis/kidney transplant operation /Sickle cell Anaemia/ Aplastic Anaemia patients \*\* and is required to travel from \_\_\_\_\_ (Station) to \_\_\_\_\_ (station) on discharge from/after re-examination/periodical checkup/operation\*\* at \_\_\_\_\_ + hospital/Institute/center\*\*

#### 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.
2. No alteration in this form is permitted.
3. Certificate should be issued to patients only for travelling from the station serving the recognized hospital/Institute/centre to the station serving his place of residence.

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

वापसी 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 रेल संबंधी 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 \_\_\_\_\_ जिनका 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\*\* है और रोगी द्वारा \_\_\_\_\_ + अस्पताल/संस्थान/सेंटर से पुनः जांच/आवधिक जांच/ऑपरेशन के बाद डिस्चार्ज होने पर \_\_\_\_\_ (स्टेशन) से \_\_\_\_\_ (स्टेशन) तक की यात्रा अपेक्षित 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/एड्स रोगी के मामले में नामित एआरटी सेंटर)

(राज्य का नाम)

अस्पताल/संस्थान/केन्द्र की मोहर

\*\* जहां लागू नहीं हो उसे काट दें।

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

1. यह प्रमाणपत्र तीन महीने के लिए मान्य होगा.
2. इस फार्म में किसी प्रकार के परिवर्तन की अनुमति नहीं है।
3. यह प्रमाणपत्र रोगियों को मान्यता प्राप्त अस्पताल/संस्थान/सेंटर से संबद्ध स्टेशन से उनके निवास स्थान से संबद्ध स्टेशन तक की यात्रा के लिए जारी किया जाए।