



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

यह आवेदन प्रारूप प्रदेश सरकार के कर्मचारियों / पेंशनर्स एवं उनके आश्रितों को कैशलेस उपचार योजना के तहत कैशलेस उपचार सुविधा प्राप्त करने हेतु स्टेट हेल्थ कार्ड जारी करने से सम्बंधित है। आवेदन में सभी बॉक्स में प्रविष्टि किया जाना अनिवार्य है। सभी बाक्सों में प्रविष्टियाँ अंग्रेजी भाषा में अंकित की जानी हैं। ऑनलाइन आवेदन कर्ता, आवेदन प्रक्रिया पूर्ण कर भरे हुए पूर्ण आवेदन का प्रिंटआउट ले लें तथा उसकी प्रति अपने विभागीय वेतन आहरण एवं वितरण अधिकारी (डी०डी०ओ०) को अग्रसारित करने हेतु सभी आवश्यक संलग्नको सहित प्रेषित करें।

Applicant
Image/अभ्यर्थी की फोटो

1	Department Name / विभाग का नाम	:	
2	Office District / कार्यालय का जनपद	:	
3	DDO Code or Treasury Code / डी .डी .ओ .कोड या ट्रेज़री कोड	:	
4	Office Name / कार्यालय का नाम	:	
5	Applicant's Name / आवेदक का नाम	:	
6	Date of Birth / जन्मतिथि	:	
7	Card Type (Serving or Pensioner) / कार्ड का प्रकार (सेवारत या पेंसनर)	:	
8	Present or Last Post / वर्तमान या अंतिम पदनाम	:	
9	Present or Last Basic Pay / वर्तमान या अंतिम मूलवेतन	:	
10	Mobile Number / मोबाइल नं.	:	
11	E-Mail Id / ई-मेल	:	
12	Aadhar No / आधार नं.:	:	
13	Address for Correspondence / पत्र व्यवहार का पता	:	

घोषणा:

मैं शपथपूर्वक अभिकथन करती / करता हूँ कि आवेदन में की गयी समस्त प्रविष्टियाँ सत्य है। मैंने राज्य स्वास्थ्य कार्ड के लिए आवेदन हेतु मेरी पात्रता सत्यापित की है। भविष्य में यदि किसी प्रकार की असत्यता पाई जाती 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 वेतन आहरण एवं वितरण अधिकारी होंगे)

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ की 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 है एवं पात्र है।

अग्रसारण अधिकारी के हस्ताक्षर:.....

दिनांक:.....

पदनाम.....

मोहर:.....

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

प्रार्थी आश्रित माता / पिता, पत्नी, २५ वर्ष से कम बेरोजगार पुत्र, अविवाहित पुत्री एवं अन्य आश्रित (यदि कोई हो) का विवरण दे। / Applicant should fill detail of Father / Mother, Wife, Son (Less than 25 year age), Unmarried daughter and other dependent (if any).

S.No./क्रम संख्या	Name/नाम	Date of Birth/जन्मतिथि	Relation/रिश्ता	Aadhar No./आधार संख्या	Photo/फोटो
1					
2					
3					
4					

About the Scheme

योजना के सम्बन्ध में

उत्तर प्रदेश सरकार द्वारा लिए गए निर्णय के क्रम में उत्तर प्रदेश राज्य कर्मचारियों एवं पेंशनर्स तथा उनके परिवार के आश्रितों को असाध्य एवं आपातकालीन बिमारियों में राज्य सरकार द्वारा अनुबंधित सी0जी0एच0एस0 निजी चिकित्सालयों में कैशलेस चिकित्सा सुविधा उपलब्ध कराए जाने हेतु उत्तर प्रदेश सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली 2016 जारी कर दी गई है।

योजना के अन्तर्गत सी0जी0एच0एस0 द्वारा अनुबंधित निजी चिकित्सालयों में आपातकालीन एवं असाध्य रोगों का इलाज सी0जी0एच0एस0 दरों पर समस्त राज्य कर्मचारियों एवं पेंशन धारकों को अनुमन्य किया गया है।

इलाज प्राप्त करने हेतु राज्य कर्मचारियों एवं पेंशन धारकों का पंजीकरण करते हुए उन्हें हेल्थ कार्ड उपलब्ध कराया जाएगा। जिसकी सहायता से अनुबंधित निजी चिकित्सालयों में निःशुल्क चिकित्सा सुविधा प्राप्त की जा सकती है। लक्षित लाभार्थियों का पंजीकरण फॉर्म वेबसाइट upsects.in पर उपलब्ध ऑनलाइन पंजीकरण भरने के पश्चात् नियंत्रक अधिकारी (आहरण वितरण अधिकारी/कोषाधिकारी) द्वारा सत्यापित किए जाने के पश्चात् हेल्थ कार्ड प्रिंट किया जाएगा। लाभार्थियों का पंजीकरण से पूर्व आहरण वितरण अधिकारी/कोषाधिकारी का वेबसाइट upsects.in पर उपलब्ध पंजीकरण फार्म की सहायता से योजनान्तर्गत पंजीकरण आवश्यक है।

Nisha
06/02/17

U
06/02/17

[Signature]
06/02/17

[Signature]
06/02/17

[Signature]
06/02/17
(आलोचक कुमार मिश्रा)
मुख्य कार्यपालक अधिकारी
राज्य स्वास्थ्य बीमा योजना

डा० ए० के० सिंह
संयुक्त निदेश एवं सेंट्रल मोडल अधिकारी
राज्य स्वास्थ्य बीमा योजना

आहरण-वितरण अधिकारी/कोषाधिकारी की पंजीकरण प्रक्रिया

- ❖ वेबसाईट upsects.in खोलें।
- ❖ "DDO/TO Registration"पर क्लिक करें।
- ❖ DDO/TO Registration Form ऑनलाईन भरें।
- ❖ "Submit" बटन पर क्लिक करें।
- ❖ तत्पश्चात् "Add Office" का फॉर्म भरें एवं"Submit" बटन पर क्लिक करें।
- ❖ फॉर्म Submit करने पर डी0डी0ओ0/टी0ओ0 को उनके पंजीकृत मोबाइल पर 01 ओ0टी0पी0 प्राप्त होगा जिसका प्रयोग कर डी0डी0ओ0/टी0ओ0 अपने भरे हुए पंजीकरण फॉर्म का प्रिन्ट/डाउनलोड कर सकेंगे।
- ❖ प्रिन्ट किये हुए फॉर्म पर हस्ताक्षर करें।
- ❖ हस्ताक्षरित फॉर्म को अपने नियंत्रक अधिकारी से सत्यापित करायें।
- ❖ सत्यापित फॉर्म को स्कैन करते हुए ई-मेल आई0 डी0- support@upsects.in पर प्रेषित करें।
- ❖ सत्यापित फॉर्म की हार्ड कॉपी निम्नलिखित पते पर डाक द्वारा भी प्रेषित करें।

साची (State Agency for Comprehensive Health Insurance)
चतुर्थ तल, नवचेतना केंद्र,
10, अशोक मार्ग,
हजरतगंज, लखनऊ-226001।

- ❖ राज्य स्तरीय प्रकोष्ठ द्वारा डी0डी0ओ0/टी0ओ0 के फॉर्म का ऑनलाईन सत्यापन करने के पश्चात् सम्बन्धित डी0डी0ओ0/टी0ओ0 के पंजीकृत मोबाइल नम्बर पर उनका यूजर आई0डी0 एवं पासवर्ड प्रेषित कर दिया जायेगा।
- ❖ फॉर्म भरते समय सी0यू0जी0 मोबाइल नम्बर अंकित करें। सी0यू0जी0 नम्बर उपलब्ध न होने पर ही व्यक्तिगत मोबाइल नम्बर अंकित करें।

19s ha
06/02/17

U
06/02/17

06/2/17

CEO
06/02/17
डिप्टी सी0ओ0 सिंह
संयुक्त निदेशक एवं स्टेट लेवल अधिकारी, जनसंरक्षण अधिकारी
राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना
6/2/17

राज्य कर्मचारी/पेंशनर्स के फॉर्मभरने की प्रक्रिया

- ❖ वेबसाईट upsects.in खोलें।
- ❖ "Employee Gateway" पर क्लिक करें।
- ❖ Registration Form ऑनलाईन भरें। फॉर्म भरते समय डी0डी0ओ0/टी0ओ0 कोड एवं राज्य कर्मचारी तथा उनके आश्रित परिवार के सदस्यों का आधार कार्ड नम्बर एवं फोटो की आवश्यकता होगी।
- ❖ फार्म Submit करने पर कर्मचारी/पेंशनर्स को उनके पंजीकृत मोबाइल पर 01 ओ0टी0पी0 प्राप्त होगा जिसका प्रयोग कर कर्मचारी/पेंशनर्स अपने भरे हुए पंजीकरण फार्म का प्रिन्ट/ डाउनलोड कर सकेंगे।
- ❖ हस्ताक्षरित फॉर्म को अपने डी0डी0डी0/टी0ओ0 के पास जमा करायें अथवा डाक द्वारा प्रेषित करें।
- ❖ डी0डी0ओ0/टी0ओ0 द्वारा सत्यापित फॉर्म अपने रिकार्ड में सुरक्षित रखा जायेगा एवं उसकी प्रतिलिपि सम्बन्धित कर्मचारी/पेंशनर को प्राप्त करायी जायेगी।
- ❖ डी0डी0ओ0/टी0ओ0 द्वारा कर्मचारी/पेंशनर के फॉर्म को ऑनलाईन सत्यापित किया जायेगा, जिसके पश्चात् राज्य स्तर पर कार्ड प्रिंट किया जा सकेगा।
- ❖ प्रिन्टिंग के पश्चात् प्लास्टिक "हेल्थकार्ड" सम्बन्धित डी0डी0डी0/टी0ओ0 के माध्यम से कर्मचारी/पेंशनर को प्राप्त कराया जायेगा। इसके अतिरिक्त कर्मचारी/पेंशनर को निम्नलिखित प्रक्रिया के माध्यम से कार्ड स्वयं प्रिंट करने का विकल्प भी उपलब्ध होगा।
 - डी0डी0ओ0/टी0ओ0 द्वारा ऑन लाईन फॉर्म सत्यापित करने के पश्चात् कर्मचारी/पेंशनर को ऑटो-एस0एम0एस0 द्वारा कर्मचारी/पेंशनर का यूजर आई0डी0 उनके पंजीकृत मोबाइल नम्बर पर प्राप्त होगा।
 - कर्मचारी/पेंशनर वेबसाईट upsects.in में लॉग-इन के लिए यूजर आई0डी0 डालेंगे तथा ओ0टी0पी0 बटन पर क्लिक करेंगे। इसके पश्चात् उन्हें उनके पंजीकृत मोबाइल पर ओ0टी0पी0 प्राप्त होगा, जिसकी सहायता से वे वेबसाईट में कार्ड प्रिंटिंग पेज पर पहुंच कर अपना हेल्थ कार्ड प्रिंट कर सकेंगे।

Nsha
06/02/17

US
06/02/17

AS
06/02/17

CB0
06/02/17
डा0 ए0 के0 सिंह (आर0के0 कुमार मिश्रा)
संयुक्त निदेश एवं गेटे वेयर प्रिन्टिंग एवं डाउनलोड अडिक्टर
राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा। राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना