





2

Postgraduate Institute of Medical Education and Research Chandigarh

PHARMACEUTICAL INVESTIGATION ORDERED

SUPPLY FOLLOWING DRUGS OR EQUIVALENT GENERIC DRUGS

1. *Amoxicillin* (100/500) (10 tablets)

2. *Paracetamol* (500mg)

3. *Chlorpheniramine*

4. *Eye drops* (Simple eye)

5. *...*

6. *...*

7. *...*

8. *...*

9. *...*

10. *...*

FOR INVESTIGATIONS ONLY  
www.druginvestigation.gov.in or www.pgi.edu.in or www.ors.gov.in

*Dr. Sidhant*

*Adult*

*Insurance*

*1/2 6 months*

*generally with us.*

*not*  
*colours*

*Self Attached*

POSTGRADUATE INSTITUTE OF MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH  
CHANDIGARH

OUT PATIENT CARD

DATE: 20/07/2019  
NAME: RABY RANI  
AGE/SEX: 26 Y/F  
RESIDENCE: MATRUHA NAGAR  
ADDRESS: KASHIPOOR, SAHIB ZWALA  
CITY: CHANDIGARH, INDIA  
PHONE: 98150 12345  
HOSPITAL NO: 123456789

PHARMACEUTICAL INVESTIGATION ORDERED  
SUPPLY FOLLOWING DRUGS OR EQUIVALENT GENERIC DRUGS

10

यदि आपका मूल्य का प्रतीकरण 20 दिनों के अन्दर कम्प्लेन  
की जाय तो हम आपका मूल्य के अन्तर्गत वापस कर देंगे।

20 जुलाई

*[Signature]*

सहायक अधीक्षक  
निर्माण कार्य, सीओ बिरो बिरो  
चण्डी (टिडके मंडल)

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

| क्रम सं० | नाम      | पदनाम          | वर्तमान कार्यालय का नाम            | ग्रह जनपद / तहसील का नाम | स्थानान्तरण हेतु 10 ऐंक्टिक स्थान वरिधता क्रम में।                        | एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुक्रम किया गया है                 |                              | टिप्पणी   |
|----------|----------|----------------|------------------------------------|--------------------------|---|---|------------------------------|---|
| 1        | 2        | 3              | 4                                  | 5                        | 6   | 7   | 8                            | 9   |
| 1        | राजकुमार | सहायक अभियन्ता | निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, देहरादून। | हरिद्वार / रुडकी         | 1 प्रान्तीय खण्ड, लो०नि०वि०, हरिद्वार<br>2 निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, रुडकी | धारा के नाम के आगे<br><input checked="" type="checkbox"/> लगाये | प्रस्तुत सख्या का विवरण      | ने दिनांक 30.05.2024 से ल्यूकमिया (ब्लड कैंसर) नामक गंभीर बीमारी से ग्रस्त हूँ। मुझे स्वास्थ्य उपेक्षण / उपचार हेतु अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान त्रिपाठी बर-दार जाना पड़ता है। प्रार्थी का घर रुडकी होने के कारण अपने घर आने-जाने में लगभग 180 कि०मी० दूरी तय करनी पड़ती है जिससे स्वास्थ्य एवं राजकीय कार्य पर विपरीत प्रभाव पड़ता है। मेरे द्वारा दुर्गम की 10 वर्ष की सेवा पूर्ण कर ली गयी है।<br>अतः आप में स्थानान्तरण सुगम में धारा 17 (1) (ख) (एक) के कालम सख्या 6 के अनुसार दिये गये ऐंक्टिक स्थानों में से किसी भी एक पर करने की कृपा करें। |
|          |          |                |                                    |                          |   | <input checked="" type="checkbox"/> धारा 17(1)(ख) (एक)          | चिकित्सा प्रमाण पत्र संलग्न। |   |
|          |          |                |                                    |                          |   | <input type="checkbox"/> धारा 17(1)(ख) (दो)                     |                              |   |
|          |          |                |                                    |                          |   | <input type="checkbox"/> धारा 17(1)(ख) (तीन)                    |                              |   |
|          |          |                |                                    |                          |   | <input type="checkbox"/> धारा 17(1)(ख) (चार)                    |                              |   |
|          |          |                |                                    |                          |   | <input type="checkbox"/> धारा 17(1)(ख) (पाच)                    |                              |   |
|          |          |                |                                    |                          |   | <input type="checkbox"/> धारा 17(1)(ख) (छ)                      |                              |   |
|          |          |                |                                    |                          |   | <input type="checkbox"/> धारा 17(1)(ख) (सात)                    |                              |   |

हस्ताक्षर (कार्मिक)

*6/5/2026*

नाम- राजकुमार

पदनाम- सहायक अभियन्ता

निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, देहरादून।

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)

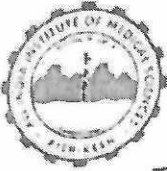
*6/5/26*  
इ० नीरज कुमार त्रिपाठी

अधिशासी अभियन्ता

निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०,

6/5/ देहरादून।

*02*



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान  
 ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES  
 वीरभद्र रोड, ऋषिकेश-249201  
 Virbhadra Road, Rishikesh - 249201  
 उत्तराखण्ड  
 Uttarakhand

Medical Certificate number-MS/AIIMS/RIS/2026/1019

Date: - 6/5/2026

Treatment Certificate

This is to certify that Mr./Mrs/MS. RAJ KUMAR  
 Age 55 year (male) female, S/D/W/O. Late Phool Singh  
 R/o Roorkee, Uttarakhand having

UHID No. is 20240067138 and signature is attested below is diagnosed for.....

Chronic Myeloid leukemia - Chronic Phase and

under the treatment of Dr. U.K. Nath (Medical Oncology Haematology) department. As per

patient's/attendant request this certificate is issued for the purposes of office.

Patient is on regular treatment and follow up at AIIMS Rishikesh for blood cancer (chronic myeloid leukemia)

Signature of patient: [Signature]

Attested by: [Signature]

6/5/2026  
 Dr. Ujjam Kumar Math (MD DM)  
 आचार्य एवं विभागाध्यक्ष / Professor & Head  
 कैंसर चिकित्सा लक्षित विज्ञान विभाग  
 Department of Medical Oncology Haematology  
 एम्स ऋषिकेश / AIIMS Rishikesh

Consultant's Signature with stamp  
[Signature] 6/5/2026

Name - Dr. Ujjam Kumar Math (MD DM)  
 Designation - Professor & Head  
 Department of Medical Oncology Haematology  
 एम्स ऋषिकेश / AIIMS Rishikesh

This certificate is issued & counter signed only for the purpose as stated above.

Self copy  
 Attested

[Signature]  
08/05/26  
 Assistant Engineer  
 Constrn. Divn. S.W.D  
 Medical Superintendent/Deputy Medical Superintendent

Countersigned [Signature]  
08/05/26  
 उप चिकित्सा अधीक्षक  
 Deputy Medical Superintendent  
 एम्स ऋषिकेश/AIIMS, Rishikesh

Not for Medico legal Purposes

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

| क्र० सं० | नाम        | पदनाम                  | वर्तमान कार्यालय का नाम | गृह जनपद / तहसील का नाम | स्थानांतरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में          | एक्ट की धारा जिसके अंतर्गत अनुरोध किया गया है। | टिप्पणी   |
|----------|------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|--|--|---|
| 1        | 2          | 3                      | 4                       | 5                       | 6  | 7  | 8   |
| 1        | प्रवेज आलम | सहायक अभियन्ता (सिविल) | नि०ख० लो०नि०वि० काशीपुर | हरिद्वार / रुडकी        | 1 प्रा०ख० रुद्रपुर<br>2 नि०ख० खटीमा<br>3 नि०ख० हल्द्वानी | √ धारा 17 (1) (ख) (एक)                         | प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण<br>मण्डलीय चिकित्सा परिषद नैनीताल द्वारा गठित मेडिकल बोर्ड द्वारा दि० 08.04.2025 को निर्गत एवं मुख्य चिकित्साधिकारी ऊधमसिंहनगर द्वारा दि० 13.05.26 को निर्गत चिकित्सा प्रमाण पत्र की प्रति।<br>अवगत कराना है कि मेरी पत्नी श्रीमती शम्भु परवीन पिछले कई वर्षों से गम्भीर मानसिक रोग (जनरलाइज्ड एंजाइटी डिस्टॉर्डर) से पीड़ित हैं व उनका उपचार वर्तमान में जे०एल०एन० जिला चिकित्सालय रुद्रपुर के मानसिक रोग विशेषज्ञ से चल रहा है। मण्डलीय चिकित्सा परिषद नैनीताल द्वारा गठित मेडिकल बोर्ड द्वारा भी मेरी पत्नी का स्वास्थ्य परीक्षण करने के पश्चात उक्त बीमारी का मेडिकल सर्टिफिकेट दि० 08.04.25 को एवं मुख्य चिकित्साधिकारी ऊधमसिंहनगर द्वारा दि० 13.05.26 को निर्गत करते हुए नियमित ईलाज की सलाह दी गयी है। महोदय उक्त बीमारी (मानसिक रोग) का उल्लेख उत्तराखण्ड स्थानांतरण अधिनियम की धारा 3 घ के अंतर्गत गम्भीर बीमारी की श्रेणी में आता है। अतः महोदय से अनुरोध है कि उपरोक्तानुसार सहानुभूतिपूर्वक विचार करते हुए मुझे स्थानांतरण अधिनियम- 2017 की धारा 17 (1) (ख) (एक) के अंतर्गत मेरा स्थानांतरण मेरे द्वारा दिये गये विकल्पों में करने की कृपा करे। |

संलग्न- मण्डलीय चिकित्सा परिषद नैनीताल द्वारा गठित मेडिकल बोर्ड द्वारा दि० 08.04.2025 को निर्गत एवं मुख्य चिकित्साधिकारी ऊधमसिंहनगर द्वारा दि० 13.05.26 को निर्गत चिकित्सा प्रमाण पत्र की प्रति।

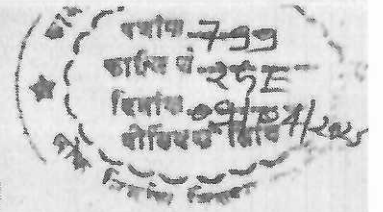
*Pilam*  
हस्ताक्षर (कार्मिक)  
14.5.2026

नाम- प्रवेज आलम

कर्मचारी कोड- 750025768

पदनाम- सहायक अभियन्ता (सिविल)

*Prane*  
14/5/26  
(ड० विवेक कुमार सेखरना)  
अधिसाक्षी अभियन्ता  
नि०ख० लो०नि०वि० काशीपुर



## मण्डलीय चिकित्सा परिषद-नैनीताल।

प्रमाणित किया जाता है, श्री प्रवेज आलम, सहायक अभियन्ता कार्यालय - अधिशासी अभियन्ता निर्माण खण्ड लो0नि0वि0 काशीपुर, के हस्ताक्षर नीचे प्रमाणित किये जा रहे हैं, अपनी पत्नी श्रीमती शमा परवीन, का स्वास्थ्य परीक्षण हेतु आज दिनांक 08.04.2025 को मण्डलीय चिकित्सा परिषद के समक्ष उपस्थित हुये।

श्रीमती शमा परवीन, इनका स्वास्थ्य परीक्षण जिला चिकित्सालय नैनीताल से कराया गया साथ ही इनके द्वारा प्रस्तुत चिकित्सा प्रमाण पत्र जो जवाहर लाल नहेरु हांसिपटल रुद्रपुर उधमसिंहनगर से प्रदत्त है को संज्ञान में लिया गया।

परिक्षणोपरान्त इन्हें *As per the records, patient is a case of Generalised Anxiety Disorder, which is classified as a mental illness. Patient is currently on psychiatric medications, is advised to* गया।  
*continued treatment and follow up from the treating psychiatrist.*

*Shama Beveen*  
ह0 ( श्रीमती शमा परवीन, )

*Pravej Alam*  
( श्री प्रवेज आलम, )



ह0 प्रमाणित लो0नि0वि0 काशीपुर

*Mueed*

PRESIDENT  
MEDICAL BOARD  
NAINITAL

*By*  
MEMBER  
ON MEDICAL BOARD  
NAINITAL

*Gurinder*  
MEMBER  
ON MEDICAL BOARD  
NAINITAL

कार्यालय-मुख्य चिकित्सा अधिकारी, नैनीताल।

पत्रांक:- एम-5/2025-26

दिनांक - 08 अप्रैल, 2025

प्रतिलिपि- कार्यालय- अधिशासी अभियन्ता निर्माण खण्ड लो0नि0वि0 काशीपुर, को उनके पत्र दिनांक- 04.04.2025 के क्रम में सूचनार्थ प्रेषित।

AE-III (Si Pravej Alam AE)

*Pravej Alam*  
29/4/2025

self attested  
*Pravej Alam*  
29/4/2025

*Pravej Alam*  
मुख्य चिकित्सा अधिकारी,  
नैनीताल।

# कार्यालय मुख्य चिकित्सा अधिकारी, ऊधम सिंह नगर।

पत्रांक:-एम-01 / 2026-27 / 1053

दिनांक:-13.05.2026

## -: चिकित्सा प्रमाण पत्र :-

अधिकांसी अभियंता, निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0 काशीपुर के पत्र संख्या:-719/2GE दिनांक 02.05.2026 के क्रम में प्रमाणित किया जाता है, कि श्रीमती शमा परवीन पत्नी श्री प्रवेज आलम, सहायक अभियंता, उम्र-45 वर्ष, जिनके हस्ताक्षर नीचे प्रमाणित हैं, का स्वास्थ्य परीक्षण दिनांक 13.05.2026 को जवाहर लाल नेहरू, जिला चिकित्सालय रुद्रपुर में कराया गया, ओ0पी0डी0 पर्चा संख्या:-0120260513104423 दिनांक:-13.04.2026 के माध्यम से जिला चिकित्सालय में तैनात मनोचिकित्सक, डा0 ईश कुमार ढल्ला द्वारा अवगत कराया गया है, कि श्रीमती शमा परवीन वर्तमान में जनरलाइज्ड एंजायटी डिसऑर्डर(GAD) से पीड़ित हैं, इन्हें नियमित उपचार की सलाह दी जाती है।

Shama Parveen

हस्ताक्षर प्रमाणित।

lmsl

मुख्य चिकित्सा अधिकारी  
मुख्य चिकित्सा अधिकारी  
ऊधम सिंह नगर।  
ऊधम सिंह नगर

lmsl

मुख्य चिकित्सा अधिकारी  
मुख्य चिकित्सा अधिकारी  
ऊधम सिंह नगर।  
ऊधम सिंह नगर

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

| क्र० सं० | नाम             | पदनाम          | वर्तमान कार्यालय का नाम               | गृह जनपद / तहसील का नाम | स्थानान्तरण हेतु ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में | एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है।         |                             | टिप्पणी  |
|----------|-----------------|----------------|---------------------------------------|-------------------------|---|---|-----------------------------|--|
|          |                 |                |                                       |                         |   | धारा के नाम के आगे ✓ लगाये                              | प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण |  |
| 1        | 2               | 3              | 4                                     | 5                       | 6   | 7   | 8                           | 9  |
|          | जितेन्द्र कुमार | सहायक अभियन्ता | प्रान्तीय खण्ड, लो०नि०वि० रुद्रप्रयाग | हरिद्वार / रुड़की       | प्रा०ख० हरिद्वार                              | <input checked="" type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (एक) | विकल्पा प्रमाण पत्र         | <p>प्रार्थी वरिष्ठ कार्मिक है एवं वर्ष 2027 में सेवानिवृत्त होना है। प्रार्थी की दुर्गम की सेवा 10 वर्ष से अधिक पूर्ण हो चुकी है। शा०सं० 327635 दिनांक 03.09.2025 के द्वारा भी प्रार्थी का स्थानान्तरण स्थानान्तरण एक्ट की धारा 18(2) एवं धारा 7(ड) के अनुसार नहीं हो पाया है। प्रार्थी के पुटने से मन्कीर बोट लगने के कारण चलने-फिरने में दिक्कत है तथा प्रार्थी की माता जिनकी उम्र 84 वर्ष है, का स्वास्थ्य भी खराब रहता है। प्रार्थी अपनी माता का एक मात्र सहाय है। जिस कारण उनकी देखभाल मुझे ही करनी पड़ती है। अतः अनुरोध है कि प्रार्थी का स्थानान्तरण रुक्त सुगम क्षेत्र में करने की कृपा करे।</p> |
|          |                 |                |                                       |                         | नि०ख० रुड़की                                  | <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (दो)            |                             |  |
|          |                 |                |                                       |                         | नि०ख० जलपा                                    | <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (तीन)           |                             |  |
|          |                 |                |                                       |                         | अ०ख० मीरजापूर                                 | <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (चार)           |                             |  |
|          |                 |                |                                       |                         | नि०ख० देहरादून                                | <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (पांच)          |                             |  |
|          |                 |                |                                       |                         | प्रा०ख० देहरादून                              | <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (छ)             |                             |  |
|          |                 |                |                                       |                         | रा०मा० ख० डोड़वाला                            | <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (सात)           |                             |  |

02/05/26  
(जितेन्द्र कुमार)

सहायक अभियन्ता  
प्रान्तीय खण्ड, लो०नि०वि०  
रुद्रप्रयाग

(इं० इन्द्रजीत बोस)

अभियन्ता  
प्रान्तीय खण्ड, लो०नि०वि०  
रुद्रप्रयाग

# सहारन नर्सिंग होम

नेहरू चौक, (बी.एस.एम. तिराहा) रुड़की  
 ☎ : 01332-274451, मो. नं. : 8791261728

डॉ० अरविन्द सहारन  
 M.B.B.S., M.S. (Ortho.)  
 हड्डी एवं जोड़ रोग विशेषज्ञ

डॉ० वीरिका सहारन  
 M.B.B.S., M.D. (Gynae & Obs.)  
 स्त्री एवं प्रसूति रोग विशेषज्ञ

## निर्देशः

- प्लास्टर लगे अंग को ऊँचा रखें ।
- उँगलियाँ खूब चलायें ।
- ज्यादा दर्द, सूजन या सुनपन हो जाने पर तुरन्त दिखलायें
- प्लास्टर ढीला या टूट जाने पर तुरन्त मरीज को लेकर आयें । नहीं तो आगे चारी जिम्मेदारी आपकी होगी ।
- प्लास्टर कटवाने यहीं पर आना है ।
- हमेशा एक्स-रे व दवाई का पर्चा साथ लायें ।
- प्लास्टर समय से पहले काटने या टूट जाने पर मरीज स्वयं जिम्मेदार होगा ।
- प्लास्टर को पानी व नमी से बचायें ।

## मरीज देखने का समय

शुद्धि  
 प्रातः 9:30 से 1:30  
 सायं 6:00 से 7:30

दर्दी  
 प्रातः 10:00 से 2:00  
 सायं 5:30 से 7:00

Name: Mr. Jitendra, Kumar Age: 53y Date: / /

Two large OA R. & L.  
 - mild swelling R. side of chest  
 - R. side of chest & abdomen.  
 - Only R. & knee shows only  
 OA changes.

Th  
 - 7cm to 4cm S  
 cm.

AW  
 - rib belt

2ml of heparin 40  
 - Cap Ampicillin 500 200  
 - Chloramphenicol 250 200  
 मोरफे ( - Narcogen 250 200  
 - Flexin 250 200

रविवार अवकाश

स्वयं दस्तावेज

- 2ml of heparin powder 250 200  
 गुण 10 दिन के लिये मान्य है।


02/05/20

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2


| क्र० सं० | नाम              | पदनाम                  | वर्तमान कार्यालय का नाम                  | गृह जनपद/ तहसील का नाम | स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान परिचयता क्रम में   | एवंट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है।   |  | टिपणियाँ |
|----------|------------------|------------------------|--|------------------------|---|---|--|----------|
|          |                  |                        |  |                        |   | धारा के नाम के आगे ✓ लगायें   | प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण  |          |
| 1        | 2                | 3                      | 4  | 5                      | 6   | 7   | 8  | 9        |
| 1        | श्री अरुण मरहारी | सहायक अभियन्ता (सिविल) | पि०एम०यू० ए०डी०बी०, लो०नि०वि०, देहरादून। | देहरा / बनसाली         | 1- अ०एम०, लो०नि०वि० ऋणिकेश।<br>2- रा०एम०, लो०नि०वि०, डोईवाला।<br>3- रा०एम०, लो०नि०वि०, देहरादून।<br>4- नि०एम०, लो०नि०वि०, देहरादून।<br>5- प्र०एम०, लो०नि०वि०, देहरादून। | <input checked="" type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (एक)<br><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (दो)<br><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (तीन)<br><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (चार)<br><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (पांच)<br><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (छ)<br><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (सात) | 1- राज्य विधिकस परिषद इलाहाबाद का द्वारा प्रदत्त स्वीकृत प्रमाण पत्र दिनांक 08.05.2025 एवं दिनांक 07.08.2025 |          |

नोट - कौलम संख्या-07 में दर्शाये गए आधार के सम्बन्ध में संबंधित स्तर से निर्देश प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायावृत्ति सत्यापन करवा अनिवार्य किया तथा एंवट की धारा के अन्तर्गत नाम दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्मिक)

  
 नाम- अरुण मरहारी  
 पदनाम- सहायक अभियन्ता  
 पी० एम० यू० ए० डी० बी०  
 लो० नि० वि० देहरादून

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)

  
 नाम- अ. क. सिंघ  
 पदनाम- मुख्य अभियन्ता एवं-  
 पी० एम० यू०, रा० डी० ए०  
 लो० नि० वि० देहरादून,

२



:- स्वास्थ्य परीक्षण प्रमाण पत्र :-

*Arjun*  
हस्ताक्षर प्रमाणित,  
श्री अरुण भण्डारी

*Arjun*  
मुख्य चिकित्साधिकारी / सचिव,  
राज्य चिकित्सा परिषद्,  
उत्तराखण्ड, देहरादून।

महानिदेशक चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड, देहरादून के पत्रोंक-पत्रोंक-199/8/1/2025/टी0सी/9685 दिनांक 22 अप्रैल, 2025 के क्रम में राज्य चिकित्सा परिषद् उत्तराखण्ड, देहरादून के सम्मुख श्री अरुण भण्डारी उम्र लगभग 48 वर्ष अपने स्वास्थ्य परीक्षण हेतु दिनांक 08 मई, 2025 को उपस्थित हुये।

परीक्षणोपरान्त उन्हें *Test reported as Liver Transplant 2022 with rejection. Re do surgery done in 2023. (chronic) require long term follow up & treatment.*

पाया गया।

*Arjun*  
(डा० संजीव कुमार सिंह)  
आर्थोसर्जन / सदस्य,  
राज्य चिकित्सा परिषद्,  
उत्तराखण्ड, देहरादून।

*Arjun*  
(डा० शशि बाला वासन)  
नेत्र सर्जन / सदस्य,  
राज्य चिकित्सा परिषद्,  
उत्तराखण्ड, देहरादून।

*Arjun*  
(डा० प्रदीप पंवार)  
फिजिशियन / सदस्य,  
राज्य चिकित्सा परिषद्,  
उत्तराखण्ड, देहरादून।

*Arjun*  
मुख्य चिकित्साधिकारी / सचिव,  
राज्य चिकित्सा परिषद्,  
उत्तराखण्ड, देहरादून।

*Arjun*  
महानिदेशक / अध्यक्ष  
राज्य चिकित्सा परिषद्,  
उत्तराखण्ड, देहरादून।

*Self attested*  
*Arjun*

महानिदेशक/अध्यक्ष,  
राज्य चिकित्सा परिषद्,  
उत्तराखण्ड, देहरादून।



सेवा में,

प्रमुख अभियन्ता एवं विभागाध्यक्ष,  
व्यवस्थापन 'क' वर्ग लो0नि0वि0, उत्तराखण्ड,  
सयुना पॉलोनी, देहरादून।

पत्रांक- रा0चिकि0परि0-568/2022/6347

दिनांक: 6-1-अगस्त, 2025

विषय:- श्री अरुण भण्डारी के दिनांक 08 मई, 2025 को राज्य चिकित्सा परिषद द्वारा जारी स्वास्थ्य परीक्षण पर स्पष्ट आख्या उपलब्ध कराने के संबंध में।

महोदय,

उपर्युक्त विषयक महानिदेशालय, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड, देहरादून के पत्र के पत्रांक-195/8/1/2025/टी0सी0/19979 दिनांक 23 जुलाई, 2025 के अनुपालन में प्रमुख अभियन्ता एवं विभागाध्यक्ष, क वर्ग लो0नि0वि0, उत्तराखण्ड, देहरादून द्वारा की गई अध्यानुसार अरुण भण्डारी, सहायक अभियन्ता को दिनांक 07 अगस्त, 2025 को राज्य चिकित्सा परिषद द्वारा जारी चिकित्सा प्रमाण-पत्र पर स्पष्ट आख्या दिये जाने हेतु निर्देशित किया गया था कि श्री अरुण भण्डारी, सहायक अभियन्ता शासनादेश-1/120999/2023/XXX/2/-33080 दिनांक 10 मई, 2023 के प्रस्तर में उल्लिखित स्थानान्तरण अधिनियम की धारा 3 (घ) के अन्तर्गत अर्जादित है अथवा नहीं।

उक्त पत्र के क्रम में श्री अरुण भण्डारी, सहायक, अभियन्ता दिनांक 07 अगस्त, 2025 को आहुत राज्य चिकित्सा परिषद की बैठक के समक्ष समस्त अभिलेखों के साथ पुनः उपस्थिति हुए परीक्षणोपरांत उन्हें

A case of liver transplant on Immunosuppression therapy, patient comes under Transfer act. Section 3 D 2017 Uttarakhand.

संलग्नक :- यथोपरि

40 प्रतियां

*Gupta*  
(डा० सीरम गुप्ता)  
आर्योपसर्जन/सदस्य,  
राज्य चिकित्सा परिषद,  
उत्तराखण्ड, देहरादून।

*Maha*  
(डा० महेश खतान)  
नेत्र सर्जन/सदस्य,  
राज्य चिकित्सा परिषद,  
उत्तराखण्ड, देहरादून।

*Praveen Kumar*  
(डा० प्रवीण कुमार)  
फिजिशियन/सदस्य,  
राज्य चिकित्सा परिषद,  
उत्तराखण्ड, देहरादून।

*Arora*  
(डा० अरुण अरोरा)  
राज्य चिकित्साधिकारी/सचिव,  
राज्य चिकित्सा परिषद,  
उत्तराखण्ड, देहरादून।

महानिदेशक/अध्यक्ष  
राज्य चिकित्सा परिषद  
उत्तराखण्ड देहरादून।

पू0सं0: रा0चिकि0परि0-568/2022/6347 तदुदिनांकित।

प्रतिलिपि-

1. महानिदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण उत्तराखण्ड, देहरादून।

*Self attested*  
*Arora*

*Arora*  
मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव  
राज्य चिकित्सा परिषद  
उत्तराखण्ड, देहरादून।

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

| क्र०सं० | नाम               | पदनाम          | वर्तमान कार्यालय का नाम        | गृह जनपद/ तहसील का नाम | स्थानान्तरण हेतु 10 एच्छिक स्थान वरीयता कम में        | एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है।   |  | टिप्पणी   |
|---------|-------------------|----------------|--------------------------------|------------------------|---|---|--|---|
| 1       | 2                 | 3              | 4                              | 5                      | 6   | 7   | 8  | 9   |
| 1       | राजेश कुमार चौहान | सहायक अभियन्ता | अस्थाई खण्ड, लो०नि०वि०, ऋषिकेश | हरिद्वार               | (1) रा०मा० खण्ड देहरादून।<br>(2) रा०मा० खण्ड डोईवाला। | धारा के नाम के आगे ✓ लगायें<br><input checked="" type="checkbox"/> धारा 17(1)(ख) (एक)<br><input type="checkbox"/> धारा 17(1)(ख) (एक)<br><input type="checkbox"/> धारा 17(1)(ख) (दो)<br><input type="checkbox"/> धारा 17(1)(ख) (तीन)<br><input type="checkbox"/> धारा 17(1)(ख) (चार)<br><input type="checkbox"/> धारा 17(1)(ख) (पाँच)<br><input type="checkbox"/> धारा 17(1)(ख) (छः)<br><input type="checkbox"/> धारा 17(1)(ख) (सात) | प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण<br>अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान (AIIMS) ऋषिकेश व राज्य चिकित्सा परिषद, उत्तराखण्ड, देहरादून का सक्षम अधिकारी द्वारा प्रदत्त प्रमाण पत्र संलग्न है। | महोदय, प्रार्थी Post Stroke Seizures Disorder (Epilepsy) रोग से ग्रसित है, तथा प्रार्थी का लगातार ईलाज अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान (AIIMS) ऋषिकेश में चल रहा है। उक्त गम्भीर बीमारी से सम्बन्धित अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान (AIIMS) ऋषिकेश का सक्षम अधिकारी द्वारा प्रदत्त स्वास्थ्य परीक्षण प्रमाण पत्र व राज्य चिकित्सा परिषद, उत्तराखण्ड, देहरादून द्वारा प्रदत्त स्वास्थ्य परीक्षण प्रमाण पत्र संलग्न है, जिसमें प्रार्थी को Regular Follow Up हेतु निर्देशित किया गया है। |

नोट - कॉलम संख्या-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

OR

*Rachan*  
06/05/26

हस्ताक्षर (कार्मिक)

नाम - राजेश कुमार चौहान

पदनाम - सहायक अभियन्ता

अस्थाई खण्ड, लो०नि०वि०, ऋषिकेश

*Bo*

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)

नाम - भृगुनाथ द्विवेदी

पदनाम - अधिशासी अभियन्ता

अस्थाई खण्ड, लो०नि०वि०, ऋषिकेश

6/5/26



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान  
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES

वीरभद्र रोड, ऋषिकेश- 249201  
Virbhadra Road, Rishikesh - 249201

उत्तराखण्ड  
Uttarakhand

Medical Certificate number-MS/AIIMS/RIS/2026/A62

Date: 17/04/2026

Treatment Certificate

This is to certify that Mr./Mrs/Ms. Rajesh Kumar Chauhan

Age 55 Male / female, S/D/W/o Suresh Singh Chauhan

R/o Roorkie Haridwar Uttarakhand having

UHID No. is 20220039045 and signature is attested below is diagnosed for Right Paroxysmal

Temporoparietal infarct (2014) Post stroke seizures, Type 2 Diabetic Mellitus and (2015)

under the treatment of Dr. Kritunjay Singh of Neurology department. As per

patient's/attendant request this certificate is issued for the purposes of information

as patient needs regular follow up in neurology OPD.

Signature of patient R Chauhan

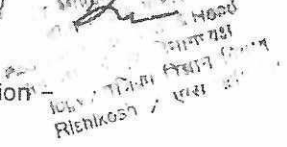
Attested by .....

AK 17/04/26

Consultant's Signature with stamp

Name -

Designation -



This certificate is issued & counter signed only for the purpose as stated above.

Countersigned [Signature]  
Deputy Medical Superintendent  
एमएस ऋषिकेश/AIIMS, Rishikesh

Medical Superintendent/Deputy Medical Superintendent

Colour Photo copy  
Self Attested  
R Chauhan

Not for Medico legal Purposes



-: स्वास्थ्य परीक्षण प्रमाण पत्र :-

*Rajesh Kumar*

हस्ताक्षर प्रमाणित,  
श्री राजेश कुमार चौहान

*M. K. Sharma*  
मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,  
राज्य चिकित्सा परिषद,  
उत्तराखण्ड, देहरादून।

महानिदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड, देहरादून के पत्रांक-पत्रांक-19प/8/1/2025/टी०सी/8065 दिनांक 30 मार्च, 2025 के क्रम में राज्य चिकित्सा परिषद उत्तराखण्ड, देहरादून के सम्मुख श्री राजेश कुमार चौहान उम्र लगभग 54 वर्ष अपने स्वास्थ्य परीक्षण हेतु दिनांक 08 मई, 2025 को उपस्थित हुये।

परीक्षणोपरान्त उन्हें Cerebrovascular Accident (infarct)-2014,  
last seizure on 2022, needs regular medication  
a follow up- X ——— X

पाया गया।

*S. J. Singh*  
(डा० संजीव कुमार सिंह)  
आर्थोसर्जन/सदस्य,  
राज्य चिकित्सा परिषद,  
उत्तराखण्ड, देहरादून।

*S. J. Singh*  
(डा० शशि बाला वासन)  
नेत्र सर्जन/सदस्य,  
राज्य चिकित्सा परिषद,  
उत्तराखण्ड, देहरादून।

*Praveen Pankaj*  
(डा० प्रवीण पंवार)  
फिजिशियन/सदस्य,  
राज्य चिकित्सा परिषद,  
उत्तराखण्ड, देहरादून।

*M. K. Sharma*  
मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,  
राज्य चिकित्सा परिषद,  
उत्तराखण्ड, देहरादून।

*S. J. Singh*  
महानिदेशक/अध्यक्ष  
राज्य चिकित्सा परिषद  
उत्तराखण्ड, देहरादून।

19

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

| क्र. सं. | नाम                 | पदनाम          | वर्तमान कार्यालय का नाम                     | गृह जनपद / तहसील का नाम | स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में | एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है   |                             | टिप्पणी  |
|----------|---------------------|----------------|---|-------------------------|--|--|-----------------------------|--|
| 1        | 2                   | 3              | 4   | 5                       | 6  | 7  | 8                           | 9  |
|          |                     |                |   |                         |  | धारा के नाम के आगे सही लगायें  | प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण |  |
| 1        | रमेश चन्द्र पाण्डेय | सहायक अभियन्ता | राष्ट्रीय मार्ग खण्ड लो0 नि0 वि0, हल्द्वानी | उधमसिंह नगर / काशीपुर   | क्षेत्रीय कार्यालय लो0 नि0 वि0, हल्द्वानी        | <input checked="" type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (एक)<br><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (दो)<br><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (तीन)<br><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (चार)<br><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (पाँच)<br><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (छः)<br><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (सात)<br><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (आठ)<br><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (नौ)<br><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (दस) | मेडिकल बोर्ड प्रमाण-- पत्र  | <p>प्रार्थी की हार्ट एन्जियोप्लास्ती हुई है, मण्डलीय मेडिकल बोर्ड प्रमाण- पत्र संलग्न है। खण्ड का कार्यक्षेत्र दूर होने के कारण स्वास्थ्य पर असर पड रहा है जिस हेतु प्रार्थी द्वारा अनुरोध प्रारूप-2 भी भरा गया है। अतः प्रार्थी के अनुरोध पर सहानुभूति पूर्वक विचार करते हुए अनुरोध के आधार पर स्थानान्तरण करने का कष्ट करे जिस हेतु प्रार्थी आभारी रहेगा।</p> <p><i>अनुरोध</i><br/> <i>यथावत रखने का कष्ट</i><br/> <i>करे।</i></p> |

हस्ताक्षर (कार्मिक)

नाम- रमेश चन्द्र पाण्डेय

पदनाम- सहायक अभियन्ता

राष्ट्रीय मार्ग खण्ड लो0 नि0 वि0 हल्द्वानी

हस्ताक्षर (कार्यालयध्यक्ष)

नाम- ई0 आशुतोष

पदनाम- सहायक अभियन्ता

राष्ट्रीय मार्ग खण्ड लो0 नि0 वि0 हल्द्वानी (ने.ताल)

## मण्डलीय चिकित्सा परिषद-नैनीताल।

प्रमाणित किया जाता है, श्री रमेश चन्द्र पाण्डेय, सिविल सहायक अभियन्ता, कार्यालय- अधिशासी अभियन्ता राष्ट्रीय मार्ग खण्ड, लो0नि0वि0 हल्द्वानी (नैनीताल) उम्र- 47 वर्ष के हस्ताक्षर नीचे प्रमाणित किये जा रहे हैं, अपना स्वास्थ्य परीक्षण हेतु आज दिनांक- 10.03.2026 को मण्डलीय चिकित्सा परिषद के समक्ष उपस्थित हुये।

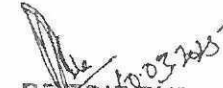
इनका स्वास्थ्य परीक्षण जिला चिकित्सालय नैनीताल से कराया गया साथ ही इनके द्वारा प्रस्तुत चिकित्सा प्रमाण पत्र जो उजाला हास्पिटल हल्द्वानी से प्रदत्त है को संज्ञान में लिया गया।


परिक्षणोपरान्त इन्हें Case of IHD & old ADMB Troph. T  
P. F. CAB & SWD & Post PTCA LHO - EF 42%  
P.F. need regular follow up in cardiology dept

  
ह0 ( श्री रमेश चन्द्र पाण्डेय, )



ह0 प्रमाणित: सी0एम0ओ0

  
10.03.2026  
PRESIDENT  
MEDICAL BOARD  
NAINITAL

  
MEMBER  
ON MEDICAL BOARD  
NAINITAL

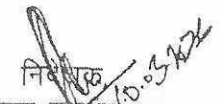
  
MEMBER  
ON MEDICAL BOARD  
NAINITAL

कार्यालय-निदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण कुमाँऊ मण्डल, नैनीताल।

पत्रांक:- एम-5/2025-26

दिनांक -10 मार्च ,2026

प्रतिलिपि- कार्यालय- अधिशासी अभियन्ता राष्ट्रीय मार्ग खण्ड, लो0नि0वि0 हल्द्वानी (नैनीताल) दिनांक-28.02.2026 के क्रम में सूचनार्थ प्रेषित।

  
निदेशक 10.3.2026  
चिकित्सा स्वास्थ्य एवं प0क0  
कुमाँऊ मण्डल नैनीताल।  
PRESIDENT  
MEDICAL BOARD  
NAINITAL

## अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

| क्र.सं० | नाम                 | पदनाम                        | वर्तमान<br>कार्यालय का<br>नाम              | मूह, जनपद<br>/ तहसील<br>का नाम | स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान<br>वरियता क्रम में  | एकट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है  | टिप्पणी   |   |
|---------|---------------------|------------------------------|--|--------------------------------|--|--|---|---|
| 1       | 2                   | 3                            | 4  | 5                              | 6  | 7  | 8   |   |
| 1       | धीरेंद्र सिंह बिष्ट | सहायक<br>अभियन्ता<br>(सिविल) | निर्माण खण्ड,<br>लौ०नि०वि०,<br>चिन्मालीसौड | उत्तरकाशी<br>/ बडकांट          | 1- निर्माण खण्ड, लौ०नि०वि०, पुरेला<br>2- रा०मा० खण्ड, बडकांट<br>3- प्रांतीय खण्ड, लौ०नि०वि०, भटवाडी<br>4- निर्माण खण्ड, लौ०नि०वि०, चम्बा | धारा क नाम के आगे ✓ चिन्ह<br>लगाये<br>धारा 17 (1) (ख) (एक) ✓<br>धारा 17 (1) (ख) (दो)<br>धारा 17 (1) (ख) (तीन)<br>धारा 17 (1) (ख) (चार)<br>धारा 17 (1) (ख) (पांच)<br>धारा 17 (1) (ख) (छ)<br>धारा 17 (1) (ख) (सात) | प्रस्तुत साक्ष्य का<br>विवरण<br>Disability<br>certificate | यदि भर द्वारा भरे गये ऐच्छिक<br>स्थानों पर रिक्ति उपलब्ध न<br>हो तो मुझे यथावत इसी खण्ड<br>में रखने की कृपा करें। |

नोट- कॉलम संख्या-07 में दर्शाये गये आधार के क्रमबद्ध में सक्षम स्तर निर्गत प्रमाण पत्र स्वयंसाधित श्रम्य प्रति सतम्न करना अनिवार्य होगा, तभी एकट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्यिक)



नाम - धीरेंद्र सिंह बिष्ट

पदनाम- सहायक अभियन्ता (सिविल)

हस्ताक्षर (कार्यालयध्यक्ष)



नाम- H. S. Dyal  
पदनाम - अधिशासी अभियन्ता  
निर्माण खण्ड, लौ०नि०वि०,  
चिन्मालीसौड।

Department of Empowerment of Persons with Disabilities,  
Ministry of Social Justice and Empowerment, Government of India

## Disability Certificate

Issuing Medical Authority, Uttar Kashi, Uttarakhand



Date: 06/10/2021

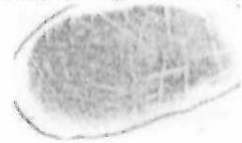
Certificate No.: UK0110019880031153

This is to certify that I/we have carefully examined **Shri Dheerendra Singh Bisht, Son of Shri Ravindra Singh Bisht**, Date of Birth **20/06/1988**, Age **34**, Male, Registration No. **0501/00000/2208/0047938**, resident of House No. **Massu Post Office Rajghari, Tehsil Barkot, Block Naugaon - 249141, Sub District Rajgarhi, District Uttar Kashi, State/ UT Uttarakhand**, whose photograph is affixed above, and I am/we are satisfied that

- (A) He is a case of **Physical Impairment**
- (B) The diagnosis in his case is **Physical Impairment**
- (C) He has **45%**(in figure) **Forty Five** percent(in words) **Permanent Disability** in relation to his **Spine** as per the guidelines (Guidelines for the purpose of assessing the extent of specified disability in a person included under RPWD Act, 2016 notified by Government of India vide S.O. 76(E) dated 04/01/2018).

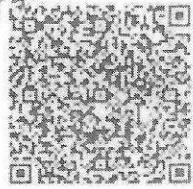
The applicant has submitted the following document(s) as proof of residence:

Nature of Document(s): **Aadhaar card**



Signature / Thumb Impression of the Person with Disability

Signatory of notified Medical Authority Member(s)



Self Affixed

Issuing Medical Authority, Uttar Kashi, Uttarakhand

*M. J. Singh*

21

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

| क्र. सं. | नाम              | पदनाम          | संलग्न कार्यालय का नाम         | गृह जलपथ/सहरील का नाम | स्थानान्तरण हेतु 10 दैनिक सोन वसिंत के क्रम में   | एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है |  | टिप्पणी   |
|----------|------------------|----------------|--------------------------------|-----------------------|---|--|--|---|
|          |                  |                |                                |                       |   | 7  | 8  |   |
| 1        | श्री सचद अली खान | सहायक अभियन्ता | निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0, चम्बा | सहायनपुर/वेहा         | निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0 रु-8की।<br>प्रारंभिक खण्ड, लो0नि0वि0 हरिद्वार।<br>प्रारंभिक खण्ड, लो0नि0वि0 देहरादून।<br>रामगंज खण्ड, लो0नि0वि0 देहरादून।<br>अस्वाट खण्ड, लो0नि0वि0 यमुना।<br>रामगंज खण्ड, लो0नि0वि0 हल्द्वानी।<br>निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0 दुमका।<br>रामगंज खण्ड, लो0नि0वि0 बडकोट।<br>निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0 बडकोट।<br>रामगंज खण्ड, लो0नि0वि0 श्रीनगर। | धारा के नाम के आगे ✓ लगाये                     | प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण  | आवृत्त गम्भीर से रोगा यन्त्र (मिमी) एप रॉरिफ्ट कार्मिक की क्षणों में जाता है एवं रोगाङ्कित तिथि दिनांक 30/04/2028 है।<br>कृपया कार्मिक का स्थानान्तरण दिवसे गये दिक्कतों के अनुरूप करने की कृपा करें। |
|          |                  |                |                                |                       |   | ✓ धारा 17(1) (ख) (एक)                          | विकिसा अधिकारी अंग्रेज़र द्वारा जारी प्रमाण-पत्र की स्वयं प्रमाणित प्रती |   |
|          |                  |                |                                |                       |   | ✓ धारा 17(1) (ख) (दो)                          |  |   |
|          |                  |                |                                |                       |   | धारा 17(1) (ख) (तीन)                           |  |   |
|          |                  |                |                                |                       |   | धारा 17(1) (ख) (चार)                           |  |   |
|          |                  |                |                                |                       |   | ✓ धारा 17(1) (ख) (पांच)                        |  |   |
|          |                  |                |                                |                       |   | धारा 17(1) (ख) (छ)                             |  |   |
|          |                  |                |                                |                       |   | धारा 17(1) (ख) (सात)                           |  |   |
|          |                  |                |                                |                       |   |  |  |   |
|          |                  |                |                                |                       |   |  |  |   |

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)

हस्ताक्षर (कार्मिक)

नाम - श्री सचद अली खान  
पदनाम - सहायक अभियन्ता  
निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0, चम्बा

नाम - इ0 जगदीश सिंह  
पदनाम - अधिशारसी अभियन्ता  
निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0, चम्बा

OK



Swachh Bharat, Swasth Bharat

बेटों बचाओ बेटों पढ़ाओ

UAPHC Kankhal, Govt. Sub-District Mela Hospital, Billeshwar Road, Haridwar

अस्पताल में प्राप्त नहीं होने वाली दवाइयां जन औषधि केंद्र से खरीदी जा बाजार में सस्ती हैं। चिकित्सालय परिसर में धूम्रपान, कूड़ा कचरा डालना, नशा करना सख्त वर्जित है।

(यह पर्ची केवल 15 दिनों के लिए वैध है)

Contact us at  
govtmelahaospital@gmail.com  
01334265525

O.P.D Card बाह्य रोगी

20/- रु. प्रति

Department : Psychiatry  
Name : SAHUD ALI KHAN  
Age : 58 Year(s)  
Category : APL

Registration No. : counter2/0620260508103115  
Father/Husband Name : SAMSHAD ALI KHAN  
Gender : Male  
Date : 08/05/2026

Date

History/Complaints :

To whom it may concern

Examination :

This is to certify that Mr. Sahud Ali Khan  
Sho Samshad Ali Khan, 58 yr old male is

Investigations :

Currently under my treatment for "Severe  
Generalized Anxiety Disorder" a/w "Panic attack".  
He will be under treatment for long period  
of time. He is advised to avoid stressful  
situations and places.

BY AMOJ...

Signature

पद्मयोग गिरेश्वर  
हृदय जिला (गैर), चिकित्सालय  
हरिद्वार

1. मातृ-मुक्तिमित्र स्वास्थ्य बचत योजना के अंतर्गत 100 रु. (एक लाख) तक हर साल 100 रु. तक का नि:शुल्क इलाज चिकित्सालय में भर्ती होने पर सभी बी.पी.एल. एवं पी.एल. उत्तराखण्ड निवासियों के लिए उपलब्ध है। (केवल सरकारी कर्मचारी, पेंशनर एवं इनका टैक्स देने वाले व्यक्तियों को छोड़कर)
2. गैर-मूल निवासी के लिए उपलब्ध अंतराज्य है। बेटों को सम्मान दान जीवन उनका दान दान अन्तर्गत बचत कर पुरकार, मत करो यह आवाज भी है। एक अर्थ तुम्हारा मुझ से ही है क्या तुम्हारा
3. बी.पी.एल. परिवार के व्यक्तियों का गभोर राशि के उपचार के लिए राज्य व्यापक निधि में 500 रु. तक राशि बचत हर साल राशि की अधिक सहायता उपलब्ध करायी जाती है। अधिक जानकारी हेतु मुख्य चिकित्सक अथवा मुख्य चिकित्सक अधिकारी के कार्यालय से संपर्क करें

Beti Bachao, Beti Padhao

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

| क्र.सं. | नाम                | पदनाम            | वर्तमान कार्यालय का नाम             | ग्रह जनपद/ तहसील का नाम | ऐच्छिक स्थान   | एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है | प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण | टिप्पणी   |
|---------|--------------------|------------------|-------------------------------------|-------------------------|--|--|-----------------------------|---|
| 1       | 2                  | 3                | 4                                   | 5                       | 6  | 7  | 8                           | 9   |
| 1.      | श्री स्वराज चौहान, | "सहायक अभियन्ता" | प्रान्तीय खण्ड, लो०नि०वि०, भटवाड़ी। | कालसी                   | 1. PIU, PWD कुम्भ हरिद्वार।<br>2. PD, PWD हरिद्वारा।<br>3. PD PWD, देहरादून।<br>4. CD PWD लो०नि०वि०, पुरोला।<br>5. NH, PWD बड़कोट।<br>6. PD PWD, थत्तूड। | धारा 17(1)ख(एक)                                | —                           | प्रार्थी वर्तमान में प्रान्तीय खण्ड, लो०नि०वि०, भटवाड़ी में कार्यरत है, जो अति दुर्गम क्षेत्र है। प्रार्थी के ऊपर परिवार की सम्पूर्ण जिम्मेदारी होने के कारण प्रार्थी राजकीय कार्यों के साथ साथ पारिवारिक कार्यों का निर्वहन नहीं कर पा रहा है। |

OK



हस्ताक्षर (कार्मिक)

नाम - स्वराज चौहान,

पदनाम - सहायक अभियन्ता,



हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)

नाम - इ० नवीन लाल वर्मा,

पदनाम - सहायक अभियन्ता

प्रान्तीय खण्ड लो०नि०वि०  
भटवाड़ी (सत्तरकाशी)

11/5/26