


आवश्यक सूचना

बिहार राज्य के एच0 आई0 वी0 संक्रमित व्यक्तियों के सहायतार्थ ए0 आर0 टी0 केन्द्र पर आने-जाने के लिये माह सितंबर, 2016 से प्रति व्यक्ति रू. 100/- (रू. एक सौ) मात्र यात्रा अनुदान दिये जाने का प्रावधान किया गया है।

राज्य के सभी एच0 आई0 वी0 संक्रमित व्यक्तियों को एतद् द्वारा सूचित किया जाता है कि दवा प्राप्त करने हेतु आप अपने ए0 आर0 टी0 केन्द्र (जहाँ आप नियमित इलाज कराते हैं) के डाटा मैनेजर को विहित प्रपत्र में आवेदन यथाशीघ्र उपलब्ध करा दें, ताकि उक्त योजना से आपको लाभान्वित किया जा सके। आवेदन प्रपत्र बिहार राज्य एड्स नियंत्रण समिति के वेबसाइट www.bsacs.in से सीधे डाउनलोड किया जा सकता है अथवा संबंधित ए0 आर0 टी0 केन्द्र से प्राप्त किया जा सकता है।

उक्त योजना से संबंधित विस्तृत जानकारी के लिये ए0 आर0 टी0 केन्द्र के परामर्शी/ डाटा मैनेजर से सम्पर्क कर सकते हैं। साथ ही बिहार राज्य एड्स नियंत्रण समिति, पटना के दूरभाष सं0: 0612-2290278 पर सम्पर्क कर आवश्यक जानकारी प्राप्त की जा सकती है।


03.05.18
मनोज कुमार सिन्हा
संयुक्त निदेशक (आई.ई.सी.)

बिहार सरकार
बिहार राज्य एड्स कन्ट्रोल सोसाईटी

ए० आर० टी० केन्द्र पर आने-जाने के लिये यात्रा अनुदान का लाभ प्राप्त करने हेतु आवेदन प्रपत्र

1. आवेदक का नाम :-
2. पिता/पति का नाम :-
3. वर्तमान पता :- ग्राम/मुहल्ला-..... पंचायत/नगर वार्ड-.....
डाकघर- प्रखंड/नगर निगम/नगर परिषद/नगर पंचायत-.....
थाना-..... अनुमंडल-..... जिला-.....
4. स्थायी पता :- (i) ग्राम/मुहल्ला-..... पंचायत/नगर वार्ड-.....
डाकघर- प्रखंड/नगर निगम/नगर परिषद/नगर पंचायत-.....
थाना-..... अनुमंडल-..... जिला-.....
5. लिंग- पुरुष/महिला 6. आयु-
7. कोटी- (अनुसूचित जाति/जनजाति/पिछड़ा वर्ग/अति पिछड़ा वर्ग/सामान्य)
8. धर्म-
9. संपर्क सं०/ मोबाइल नं०-
10. आधार नं० (यदि उपलब्ध हो तो)-
11. ए० आर० टी० केन्द्र का नाम-
12. ए० आर० टी० केन्द्र में पंजीयन सं०-
प्री० ए० आर० टी० नं० ऑन ए० आर० टी० नं०
13. ए० आर० टी० केन्द्र पर आने का उद्देश्य-
सी० डी० 4 जाँच ए० आर० टी० दवाओं का संग्रहण
14. ए० आर० टी० केन्द्र पर आने की तिथि- दिन महिना वर्ष
15. बैंक का विस्तृत विवरण-
बैंक का नाम- शाखा का नाम-.....
बैंक शाखा का IFSC Code -
- खाता संख्या-

फोटो

आवेदक का हस्ताक्षर/अंगूठे का
निशान एवं तिथि

ए० आर० टी० केन्द्र के वरीय चिकित्सा पदाधिकारी/
चिकित्सा पदाधिकारी का हस्ताक्षर एवं तिथि