

## ಆರೋಗ್ಯ ಕರ್ನಾಟಕ

(ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂ:ಹೆಚ್‌ಎಫ್‌ಡಬ್ಲ್ಯೂ/91/ಸಿಜಿಇ2017- ದಿ 28.2.2018 ಬೆಂಗಳೂರು)

ಕೆ.ಸಿ. ಜನರಲ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಬೆಂಗಳೂರು

ಹೆಸರು:.....; ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ: .....

ಪಡಿತರ ಚೀಟಿ ಸಂಖ್ಯೆ .....; ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ: .....

### ಆಧಾರ್ ದೃಢೀಕರಣ

ನಾನು ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಯೋಜನೆಗೆ ನನ್ನ ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ, ಹೆಸರು, ಬೆರಳಿನ ಗುರುತು, ಕಣ್ಣು, ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆಗಳನ್ನು UIDAI ನೊಂದಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಗೆ ದೃಢೀಕರಿಸಲು ಒಪ್ಪಿರುತ್ತೇನೆ. ಇದರ ಹೊರತಾಗಿ ಬಯೋಮೆಟ್ರಿಕ್ ಸಂಗ್ರಹಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಹಾಗೂ ಇತರರೊಡನೆ ಹಂಚಿಕೆ ಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ ನನಗೆ ತಿಳಿಸಿರುತ್ತದೆ. ನನ್ನ ಗುರುತಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ನೋಂದಣಿ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಒದಗಿಸಲು ಮಾತ್ರ ಬಳಕೆ ಮಾಡಲು ಹಾಗೂ ನನ್ನ ಬಯೋಮೆಟ್ರಿಕ್ ಅನ್ನು ದೃಢೀಕರಣ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಮಾತ್ರ CIDRಗೆ ಸಲ್ಲಿಸಲು ಒಪ್ಪಿರುತ್ತೇನೆ.

ಬೆಂಗಳೂರು

ದಿನಾಂಕ:

ಫಲಾನುಭವಿಯ ಸಹಿ

### ಯಾವುದೇ ಇತರ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ನೋಂದಣಿಗೊಂಡಿಲ್ಲ ಎಂಬ ಬಗ್ಗೆ ದೃಢೀಕರಣ

ನನಗೆ ತಿಳಿದಿರುವಂತೆ ನಾನು ಕೆಳಕಂಡ ಸರ್ಕಾರದ ಅಥವಾ ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ / ಇತರೆ ಯೋಜನೆಗಳ ಫಲಾನುಭವಿಯಾಗಿ/ಸದಸ್ಯನಾಗಿ ನೋಂದಣಿ ಆಗಿರುತ್ತೇನೆ (ಯಾವುದು ಸರಿ(✓)ಮಾಡುವುದು) ಎಂದು ಸ್ವ ಇಚ್ಛೆಯಿಂದ ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಅ) ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ <input type="checkbox"/>	ಆ) ಕಾರ್ಮಿಕ ರಾಜ್ಯ ವಿಮಾ ಯೋಜನೆ <input type="checkbox"/>
ಇ) ನನ್ನ ಉದ್ಯೋಗದಾತರಿಂದ ನೀಡಲಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ/ವಿಮೆ <input type="checkbox"/>	ಈ) ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆಗಳು <input type="checkbox"/>
ಉ) ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ (ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ಸೇವಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಹಾಜರಾತಿ) ನಿಯಮ <input type="checkbox"/>	ಊ) ಕರ್ನಾಟಕ ಶಾಸನ ಸಭೆಯ ಸದಸ್ಯರ(ಶಾಸನ ಸಭೆಯ ಸದಸ್ಯರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಹಾಜರಾತಿ) ನಿಯಮ <input type="checkbox"/>

### ಪಡಿತರ ಚೀಟಿ ಇಲ್ಲದ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಈ ವಿವರ ನೀಡಬೇಕು

- ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಸಂಖ್ಯೆ: .....
- ಕುಟುಂಬದ ಇತರೆ ಸದಸ್ಯರು ಈಗಾಗಲೇ ಆರೋಗ್ಯ ಕರ್ನಾಟಕ ಯೋಜನೆಯ ಹೆಲ್ತ್‌ಕಾರ್ಡ್ ಪಡೆದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಆ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ನಮೂದಿಸುವುದು: .....

ಫಲಾನುಭವಿಯ ಸಹಿ