अतिआवश्यक

रजिस्टर्ड डाक

राजस्थान सरकार
सूचना एवं जनसम्पर्क निदेशालय

क्रमांक : 11018 -12502 जयपुर, दिनांक 04/07/2017

राज्य के समस्त
अधिस्वीकृत पत्रकार

विषयः— कैशलेस मेडिक्लेम बीमा पॉलिसी के संबंध में निर्धारित प्रपत्र में वांछित सूचना भरकर भिजवाने के संबंध में।

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि राज्य सरकार की वर्ष 2017—18 की बजट घोषणा के अनुसार ''**राजस्थान के अधिस्वीकृत पत्रकारों की मेडिक्लेम बीमा पॉलिसी की सुविधा को कैशलेस किया जायेगा तथा अधिस्वीकृत पत्रकारों से कोई प्रीमियम राशि नहीं ली जायेगी।**'' उक्त बजट घोषणा की क्रियान्विति की कार्यवाही की जा रही है।

अतः आप एवं आश्रितों से संबंधित जानकारी संलग्न प्रपत्र 'परिशिष्ट—क' में भरकर तीन दिवस में निदेशालय की ई मेल आई.डी. **dipr.rajasthan@gmail.com** पर भिजवाना सुनिश्चित करें। साथ ही जन्म तिथि व आय संबंधी प्रमाण पत्र एवं वर्तमान/स्थाई पते संबंधी फोटो आई.डी. भी आवश्यक रूप से संलग्न कर प्रेषित करें। निर्धारित प्रपत्र की पूर्ति कर हार्डकॉपी तथा उक्त वांछित प्रमाण पत्रों व फोटो आई.डी. की छायाप्रति निदेशालय में आवश्यक रूप से प्रेषित करें।

संलग्नः— निर्धारित प्रपत्र ''परिशिष्ट—क''

अतिरिक्त निदेशक
सूचना एवं जनसम्पर्क निदेशालय
राजस्थान, जयपुर

परिशिष्ट–क

राजस्थान सरकार
सूचना एवं जनसम्पर्क निदेशालय

क्र. सं.	पत्रकार/आश्रित का नाम	अधिस्वीकरण कार्ड संख्या	वर्तमान में कार्यरत संस्थान का नाम एवं पदस्थापन का स्थान	वर्तमान पता	स्थाई पता	जन्म तिथि	आयु	आश्रित का पत्रकार से संबंध	वार्षिक आय	वर्तमान में किसी बिमारी से ग्रसित है अथवा नहीं	यदि बिमार है तो बिमारी की अवधि
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											

विशेष नोटः–

1. 21 वर्ष से कम आयु के दो बच्चें मेडिक्लेम बीमा पॉलिसी के लिए पात्र होगें।
2. माता–पिता जिनकी आय 2000/– रूपये प्रमिमाह से कम हो तथा वे संबंधित पत्रकार पर आश्रित हो, मेडिक्लेम बीमा पॉलिसी के लिए पात्र होगें।
3. संबंधित पत्रकार द्वारा आश्रितों की जन्मतिथि संबंधी प्रमाण पत्र प्रस्तुत करना होगा।
4. वर्तमान/स्थाई पते संबंधी फोटो आई.डी. प्रस्तुत करनी होगी।
5. पत्रकार स्वयं एवं आश्रितों का वार्षिक आय प्रमाण पत्र।
6. बिमारी की स्थिति में संबंधित डॉक्टर का प्रमाण पत्र।

प्रमाणित किया जाता है कि उपर्युक्त सूचनाएं सही है एवं किसी भी प्रकार की त्रुटि/असत्य के लिए मैं व्यक्तिगत रूप से जिम्मेदार हूं।

स्थानः–

दिनांकः–

हस्ताक्षर

(पत्रकार का नाम)

अधिस्वीकरण कार्ड संख्या