



Mukhya Mantri State Health care Scheme Enrollment and Declaration Form:

मुख्यमंत्री राज्य स्वास्थ्य देखभाल योजना नामांकन और घोषणा फॉर्म:

Please go through the instructions before filling up the form. Use capital letters only/ कृपया फॉर्म भरने से पहले निर्देश पढ़ें |

Details of Beneficiary/लाभार्थी का ब्यौरा

1	Full Name of Beneficiary लाभार्थी का पूरा नाम		Family ID (to be allotted)
2	Father/Husband Name पिता/पति का नाम		
3	Mother's Name/ माता का नाम		
4	Age/आयु: Date of Birth/जन्म तिथि:	Gender/ लिंग Male/ पुरुष <input type="checkbox"/> Female/महिला <input type="checkbox"/> Other/ अन्य <input type="checkbox"/>	
5		Permanent Address/स्थायी पता	Present Address/ वर्तमान पता
	House No./ Building No. गृह संख्या/मंजिल नम्बर		
	Village/Town/ City गांव/शहर/क्षेत्र		
	Street/Gram Panchayat/NP गली/ग्राम पंचायत/नगर पंचायत		
	Area/Tehsil/Block तहसील/विकास खण्ड		
	District/ जिला		
	State/ राज्य		
	Pin Code/पिन कोड		
6	Social Category/ सामाजिक श्रेणी Gen <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> OBC <input type="checkbox"/> Minority <input type="checkbox"/>	Enrollment Category/नामांकन श्रेणी <input type="checkbox"/> Senior Citizen >80 years/80 वर्ष से अधिक वरिष्ठ नागरिक <input type="checkbox"/> Ekal Naari/एकल महिला <input type="checkbox"/> Part time Worker/ अंशकालिक <input type="checkbox"/> Daily Wage Worker/ दैनिक वेतनभोगी <input type="checkbox"/> Anganwari Worker/ आंगनवाड़ी वर्कर <input type="checkbox"/> Anganwari Helper/ आंगनवाड़ी सहायक <input type="checkbox"/> Mid- Day Meal Worker/ मिड-डे मील कर्मचारी <input type="checkbox"/> Contractual Employee/ अनुबन्ध कर्मचारी <input type="checkbox"/> >70% disabled/70 प्रतिशत से अधिक अक्षम	
7	Average Income औसत आय	Monthly [] Yearly [] मासिक वार्षिक	
8	Proof of Certificate/ प्रमाण पत्र	<input type="checkbox"/> Aadhar card/आधार कार्ड <input type="checkbox"/> Voter ID card/ वोटर कार्ड <input type="checkbox"/> Birth certificate/ जन्म प्रमाण पत्र <input type="checkbox"/> PAN card/पैन कार्ड <input type="checkbox"/> Disability Certificate/ अक्षमता प्रमाण पत्र <input type="checkbox"/> Ekal Nari Certificate//एकल महिला प्रमाण पत्र <input type="checkbox"/> Matric Certificate/ दसवी पास प्रमाण पत्र <input type="checkbox"/> Pass port/ पासपोर्ट <input type="checkbox"/> Ration Card/ राशन कार्ड	



Details of Dependents including self (in case of senior citizens please mention members who are only above 80 years)/आश्रितों का ब्यौरा स्वयं सहित (वरिष्ठ नागरिकों के मामले में कृपया केवल 80 साल से ऊपर के सदस्यों का ब्यौरा दीजिये।

Name नाम	Age/ Date of Birth आयु/ जन्म तिथि	Gender (M/F/O) लिंग	Relationship with beneficiary लाभार्थी के साथ सम्बन्ध	Mobile Number मोबाइल नम्बर	UID number आधार संख्या	Bank Account number बैंक खाता संख्या (यदि है)

Self-Declaration/ स्व घोषणा

I do hereby certify that the above information is true to the best of my knowledge and belief. It is also certified that myself along with dependents mentioned above are not availing the benefit of RSBY or any other Medical Reimbursement scheme.

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि उपरोक्त दी गई सूचना मेरे ज्ञान तथा विश्वास के अनुसार सही है। यह भी प्रमाणित किया जाता है कि मैं तथा उपरोक्त आश्रित राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना अथवा किसी अन्य चिकित्सा प्रतिपूर्ति योजना के अन्तर्गत कोई लाभ नहीं ले रहे हैं।

दिनांक:

**प्रार्थी के हस्ताक्षर/अंगूठा निशान
Applicant Signature/ Thumb Impression**

Department Verification:

(Applicable for Contractual Employees, Part Time/Daily Wage/Anganwari/Mid-day Meal workers, Anganwari Helpers and Ekal Naris)

Certified that Sh./Smt._____ is working as Part time Worker/ Daily Wage worker/ Anganwari Worker/ Anganwari Helper /Mid- Day Meal Worker/Contractual employee or belongs to **EKAl Nari category and he/she is eligible to get benefit under MMSHCS, HP.**

Signature _____

Department Seal _____

FKO Verification:

It is verified from the documents and details provided by the beneficiary that the person belongs to _____ category and he/she is eligible to get the benefit under the MMSHCS, HP.

FKO Signature _____

Name _____

Date & Time of Enrolment (to be filled by enrollment agency only): _____

**Instructions/अनुदेश**

1. Mukhya Mantri State Health Care Scheme covers only following categories/ मुख्यमंत्री राज्य स्वास्थ्य देखभाल योजना केवल निम्न श्रेणियों को शामिल करता है।

Sl. No	Enrollment Category	नमांकन श्रेणी
1	Senior Citizens- Above 80 years age	80 वर्ष से अधिक वरिष्ठ नागरिक
2	Ekal Naris- Widows, Divorced, Abandoned, With missing husband and Un-married women	एकल महिला -विधवा, तलाकशुदा, परित्यक्त, लापता पति, अविवाहित
3	Anganawari workers	आंगनवाड़ी कार्यकर्ता
4	Anganawari Helpers	आंगनवाड़ी सहायक
5	Mid-Day Meal Workers	मिड-डे मील कर्मचारी
6	Persons with more than 70% disability	70 प्रतिशत से अधिक अक्षम
7	Contractual Employees	अनुबन्ध कर्मचारी
8	Part time Workers	अंशकालिक कर्मचारी
9	Daily Wage Workers	दैनिक वेतनभोगी कर्मचारी

2. Only those individuals/dependents who are not covered under RSBY or any other Medical reimbursement Scheme are eligible to get benefits under MMSHCS/केवल वही व्यक्ति/आश्रित इस योजना के अंतर्गत पात्र होंगे जो की आर एस बी वाई अथवा किसी अन्य चिकित्सा प्रतिपूर्ति योजना के तहत लाभ नहीं ले रहे है।
3. In case of Senior Citizens the dependents also must be above 80 years/ वरिष्ठ नागरिकों के मामले में आश्रितों को भी 80 साल से ऊपर होना चाहिए।
4. Only Rs. 30/- has to be paid at the time of enrollment/ नामांकन के समय केवल रु 30/- का ही भुगतान किया जाना है।
5. All the above mentioned employees are eligible to get enrolled only in the district/block where they are working/ उपरोक्त सभी कर्मचारियों का स्मार्ट कार्ड उसी जिला/खंड में बनेगा जहा पर वे कार्य रत हैं।

Documents Required/ अवश्यक दस्तावेज

6. One of the following government issued identity card is mandatory for all categories:- Aadhar card/Voter ID/Pan Card/passport/ration card/ निम्न में से सरकार द्वारा जारी कोई एक पहचान पत्र अनिवार्य है:- आधार कार्ड/मतदाता पहचान पत्र/पैन कार्ड/पासपोर्ट/राशन कार्ड।
7. For senior citizens above 80 years, one of the following age proof certificate is mandatory:- Aadhar/Voter ID/Pan card/Birth certificate/Matric Certificate/ passport/Certificate of Date of Birth issued by Class-I Gazetted Officer on Letterhead/80 वर्ष से ऊपर के वरिष्ठ नागरिकों के लिए निम्न में से एक आयु प्रमाण पत्र अनिवार्य है। (आधार/ मतदाता पहचान पत्र/ पैन कार्ड/ जन्म प्रमाण पत्र/ दसवी पास प्रमाण पत्र/ पासपोर्ट/ लेटरहेड पर श्रेणी-एक राजपत्रित अधिकारी द्वारा जारी जन्म तिथि का प्रमाण पत्र)
8. For Ekal Naris, certification from concerned Panchayat/Nagar Panchayat/Municipal Corporation/Development Block or membership in Ekal Nari Shakti Sangatan is mandatory/एकल महिलाओं के लिए सम्बंधित पंचायत / नगर पंचायत/ मुन्सिपल कारपोरेशन /विकास खंड से प्रमाण पत्र या एकल नारी शक्ति संगठन की सदस्यता अनिवार्य है।
9. For >70% disabled, disability certificate from competent authority is mandatory/70 प्रतिशत से अधिक अक्षम के लिए सक्षम प्राधिकारी से अक्षमता प्रमाण पत्र अनिवार्य है।
10. For all other categories, Departmental Certification as given on page no. 2 of form is mandatory/अन्य सभी श्रेणियों के लिए विभागीय सत्यापन जैसा की फॉर्म के पृष्ठ 2 पर दिया गया है अनिवार्य है।

Toll free/ टोल फ्री: 1800 301 00334

Email: mmshcshp@gmail.com

Address: HP Swasthya Bima Yojana Society, Dept. of Health & FW, Thakur Villa, Kasumpti, Shimla- 171009