

राजस्थान सरकार  
चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग

क्रमांक: प.1(1)चिस्वा/गुप-2/2020

जयपुर, दिनांक : 01.12.2020

परिपत्र

वैश्विक महामारी कोविड-19 के प्रकोप से बचाव नियंत्रण आदि हेतु चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग द्वारा अन्य विभागों के समन्वय के साथ कोरोना संक्रमण की रोकथाम से संबंधित ड्यूटी पर कार्य निर्बाध व नियमित रूप से किये जा रहे हैं।

इस क्रम में वित्त विभाग द्वारा निम्नांकित आदेश जारी किये गये हैं :

1. आदेश क्रमांक : प.12(3)वित्त(नियम)/2014 जयपुर दिनांक 11.04.2020 (पेंशन/04/2020) के अनुसार केन्द्र सरकार द्वारा घोषित Pradhan Mantri Garib Kalyan Package : Insurance Scheme For Health Workers Fighting Covid-19 में शामिल श्रेणी के कर्मियों के अतिरिक्त कोरोना संक्रमण की रोकथाम से संबंधित ड्यूटी पर कार्य करते हुए संक्रमण के कारण इलाज के दौरान किसी राज्य कर्मचारी की असामयिक मृत्यु होने पर रूपये 50.00 लाख की अनुग्रह राशि राजस्थान सिविल सेवा (पेंशन) नियम, 1996 के नियम 75 के प्रावधानों की सभी शर्तों की पालना के अधधीन दिये जाने का प्रावधान किया गया है।
2. आदेश क्रमांक : प.12(3)वित्त(नियम)/2014 जयपुर दिनांक 11.04.2020 (पेंशन/05/2020) के अनुसार केन्द्र सरकार द्वारा घोषित Pradhan Mantri Garib Kalyan Package : Insurance Scheme For Health Workers Fighting Covid-19 में शामिल श्रेणी के कर्मियों के अतिरिक्त कोरोना संक्रमण की रोकथाम से संबंधित ड्यूटी पर कार्य करते हुए संक्रमण के कारण इलाज के दौरान संविदाकर्मों (सफाई कर्मचारी, स्वास्थ्य कर्मचारी इत्यादि) एवं मानदेय कर्मचारी (होमगार्ड, सिविल डिफेन्स, आशा सहयोगिनी, आंगनबाड़ी कार्यकर्ता, आंगनबाड़ी सहायिका, मिनि आशा इत्यादि) की असामयिक मृत्यु होने पर रूपये 50.00 लाख की सहायता दिये जाने का प्रावधान किया गया है। इन कर्मियों के परिवार / आश्रित को संबंधित विभागाध्यक्ष / जिला कलक्टर द्वारा यह सुनिश्चित करते हुए राशि स्वीकृत की जायेगी कि संविदा कर्मों एवं मानदेय कर्मचारी की कोरोना अभियान में ड्यूटी के दौरान संक्रमित होने पर इलाज के समय असामयिक मृत्यु हुई है। यह सहायता राशि कोरोना अभियान संबंधित व्यय मद से वहन की जायेगी।
3. आदेश क्रमांक : प.12(3)वित्त(नियम)/2014 जयपुर दिनांक 27.04.2020 (पेंशन/06/2020) के अनुसार Autonomous Bodies / Boards / Corporations के कर्मचारियों की कोरोना संक्रमण की रोकथाम से संबंधित ड्यूटी पर कार्य करते हुए संक्रमण के कारण इलाज के दौरान असामयिक मृत्यु होने पर रूपये 50.00 लाख का अनुग्रह अनुदान इन Autonomous Bodies / Boards / Corporations के स्वयं के फण्ड से नियंत्रण अधिकारी की अभिशंषा पर इन Autonomous Bodies / Boards / Corporations के प्रमुखों द्वारा दिये जाने का प्रावधान किया गया।

जैसा कि विदित है चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग द्वारा अन्य विभागों के समन्वय के साथ विभिन्न कार्य (यथा सर्वे कार्य/पॉजिटिव केस कॉन्टेक्ट ट्रेसिंग, प्रचार प्रसार, ट्रेनिंग, रेपिड रेस्पॉस टीम, गृह विभाग द्वारा जारी कोविड-19 नियंत्रण हेतु आदेशों की पालनार्थ सुरक्षा/कानून व्यवस्था, क्वारेन्टीन

सेन्टर में कार्य, जॉच, सैम्पलिंग, डेडीकेटेड अस्पतालों में कार्य आदि) निर्बाध व नियमित रूप से किये जा रहे हैं। इन कर्मचारियों के ड्यूटी के दौरान संक्रमित होने तथा इलाज के दौरान मृत्यु होने पर उनके आश्रितों को अनुग्रह/सहायता राशि का यथा समय भुगतान सुनिश्चित किये जाने के दृष्टिगत निम्नानुसार मानक संचालन प्रक्रिया निर्धारित की जाती है :-

**राज्यकर्मियों हेतु :-**

1. सभी विभागों द्वारा कोविड-19 ड्यूटी के दौरान हुए संक्रमण के कारण मृत राज्य कर्मचारी के आश्रितों को समय पर अनुग्रह राशि का भुगतान सुनिश्चित करने हेतु संबंधित विभाग स्तर पर एक नोडल अधिकारी की नियुक्ति की जावेगी। संबंधित विभाग द्वारा नियुक्त नोडल अधिकारी के नाम, पदनाम एवं दूरभाष/मोबाईल नम्बर की सूचना निदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, जयपुर को दी जायेगी।
2. कोविड-19 ड्यूटी के दौरान हुए संक्रमण के कारण मृत राज्य कर्मचारी के आश्रित द्वारा नियंत्रण अधिकारी को राजस्थान सिविल सेवा (पेंशन) नियम, 1996 के नियम 75 के अन्तर्गत निर्धारित दावा प्रपत्र मय आवश्यक दस्तावेज प्रस्तुत करने पर, नियंत्रण अधिकारी द्वारा वांछित दस्तावेजों की पूर्ति कर अनुग्रह राशि के प्रस्ताव निर्धारित दावा प्रपत्र मय समस्त आवश्यक दस्तावेज **5 कार्य दिवस** में संबंधित जिला अधिकारी को प्रस्तुत किये जायेंगे।
3. जिला अधिकारी स्तर पर परीक्षण उपरान्त अनुग्रह राशि के प्रस्ताव **5 कार्य दिवस** में संबंधित विभाग के विभागाध्यक्ष को प्रस्तुत किये जायेंगे। उक्त प्रस्तावों की एक छाया प्रति संबंधित विभाग के नोडल अधिकारी को पृष्ठांकित की जायेगी।
4. कार्मिक जो कोविड-19 से संबंधित किसी कार्मिक के अपने पदीय कर्तव्यों के निर्वहन के दौरान कोविड-19 संक्रमित होने व तत्पश्चात् असामयिक निधन होने पर संबंधित कार्मिक के नियंत्रण अधिकारी द्वारा निर्धारित प्रारूप में (संलग्न) तीन दिवस में प्रमाण पत्र जारी किया जायेगा।
5. प्रत्येक विभाग अध्यक्ष के स्तर पर अनुग्रह राशि के ऐसे प्राप्त सभी प्रस्तावों का एक रजिस्टर संधारित किया जायेगा तथा सप्ताह के **प्रत्येक सोमवार** को लम्बित प्रस्तावों की समीक्षा संबंधित विभागाध्यक्ष के द्वारा की जायेगी। इस संबंध में हुए प्रगति की सूचना निदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्यसेवाएँ, जयपुर को प्रेषित की जायेगी।
6. यदि जिला अधिकारी से प्राप्त प्रस्ताव में कोई कमी/त्रुटि हो तो संबंधित जिला अधिकारी/नियंत्रण अधिकारी/उनके कार्यालय से सक्षम अधिकारी को विभागाध्यक्ष के कार्यालय में बुलाकर आवश्यक पूर्ति करवाई जायेगी। अनावश्यक प्रस्तावों की लौटा फेरी नहीं की जायेगी।
7. विभागाध्यक्ष द्वारा मृत राज्य कर्मचारी के संबंध में प्राप्त अनुग्रह राशि के उक्त प्रस्ताव आवश्यक रूप से **सात कार्य दिवस** में राजस्थान सिविल सेवा पेंशन नियम 1996 के नियम 75 के प्रावधानों की सभी शर्तों की पालना के अध्यक्षीन नियमानुसार निस्तारित किये जायेंगे।
8. उक्त समय अवधि में प्रस्ताव प्रेषित/निस्तारित नहीं करने वाले संबंधित अधिकारी/कर्मचारी के विरुद्ध अनुशासनात्मक कार्यवाही की जावेगी।
9. हर **15 दिवस** में राज्य सरकार के चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग स्तर पर ऐसे लम्बित प्रकरणों की समीक्षा की जायेगी।
10. उक्त परिपत्र का प्रसार सभी विभागों द्वारा अपने अधीनस्थ समस्त कार्यालयों तक किया जायेगा।

**संविदा एवं मानदेय कार्मिकों के संबंध में :-**

1. सभी विभागों द्वारा कोविड-19 ड्यूटी के दौरान हुए संक्रमण के कारण मृत संविदा/मानदेय कार्मिकों के आश्रितों को समय पर सहायता राशि का भुगतान सुनिश्चित करने हेतु विभाग स्तर पर सात दिवस में एक नोडल अधिकारी नियुक्त किया जायेगा। संबंधित विभाग द्वारा नियुक्त नोडल अधिकारी



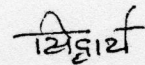
- के नाम, पदनाम एवं दूरभाष/मोबाईल नम्बर की सूचना निदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, जयपुर को दी जायेगी।
2. कोविड-19 ड्यूटी के दौरान हुए संक्रमण के कारण मृत संविदा/मानदेय कार्मिकों के आश्रित द्वारा नियंत्रण अधिकारी को निर्धारित दावा प्रपत्र मय आवश्यक दस्तावेज प्रस्तुत करने पर, नियंत्रण अधिकारी द्वारा वांछित दस्तावेजों की पूर्ति कर सहायता राशि के प्रस्ताव निर्धारित दावा प्रपत्र मय समस्त आवश्यक दस्तावेज 5 कार्य दिवस में संबंधित जिला अधिकारी को प्रस्तुत किये जायेंगे।
  3. जिला अधिकारी स्तर पर परीक्षण उपरान्त सहायता राशि के प्रस्ताव 5 कार्य दिवस में संबंधित विभाग के विभागाध्यक्ष/जिला कलक्टर को प्रस्तुत किये जायेंगे। उक्त प्रस्तावों की एक छाया प्रति संबंधित विभाग के नोडल अधिकारी को पृष्ठांकित की जायेगी।
  4. संविदा/मानदेय कर्मी जो कोविड-19 से संबंधित अपने पदीय कर्तव्यों के निर्वहन के दौरान कोविड-19 संक्रमित होने व तत्पश्चात् असामयिक निधन होने पर संबंधित कार्मिक के नियंत्रण अधिकारी द्वारा निर्धारित प्रारूप में (संलग्न) तीन दिवस में प्रमाण पत्र जारी किया जायेगा।
  5. प्रत्येक विभागाध्यक्ष के स्तर पर सहायता राशि के ऐसे प्राप्त सभी प्रस्तावों का एक रजिस्टर संधारित किया जायेगा तथा सप्ताह के प्रत्येक सोमवार को लम्बित प्रस्तावों की समीक्षा संबंधित विभागाध्यक्ष के द्वारा की जायेगी। इस संबंध में हुए प्रगति की सूचना निदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, जयपुर को प्रेषित की जायेगी।
  6. यदि जिला अधिकारी से प्राप्त प्रस्ताव में कोई कमी/त्रुटि हो तो संबंधित जिला अधिकारी/नियंत्रण अधिकारी/उनके कार्यालय से सक्षम अधिकारी को विभागाध्यक्ष के कार्यालय में बुलाकर आवश्यक पूर्ति करवाई जायेगी। अनावश्यक प्रस्तावों की लौटा फेरी नहीं की जायेगी।
  7. विभागाध्यक्ष/जिला कलक्टर द्वारा मृत संविदा/मानदेय कर्मियों के संबंध में प्राप्त सहायता राशि के उक्त प्रस्ताव आवश्यक रूप से सात कार्य दिवस में नियमानुसार निस्तारित किये जायेंगे।
  8. उक्त समय अवधि में प्रस्ताव प्रेषित/निस्तारित नहीं करने वाले संबंधित अधिकारी/कर्मचारी के विरुद्ध अनुशासनात्मक कार्यवाही की जायेगी।
  9. हर 15 दिवस में राज्य सरकार के चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग स्तर पर ऐसे लम्बित प्रकरणों की समीक्षा की जायेगी।
  10. उक्त परिपत्र का प्रसार सभी विभागों द्वारा अपने अधीनस्थ समस्त कार्यालयों तक किया जायेगा।

**Autonomous Bodies / Boards / Corporations के कर्मचारियों हेतु :**

उक्त श्रेणी के कर्मचारियों को भुगतान हेतु प्रक्रिया संविदा एवं मानदेय कार्मिकों के समान ही होगी परन्तु नियंत्रण अधिकारी की अभिशंसा उपरान्त Autonomous Bodies / Boards / Corporations के प्रमुख द्वारा मृत संविदा/मानदेय कर्मियों के संबंध में प्राप्त सहायता राशि के उक्त प्रस्ताव आवश्यक रूप से सात कार्य दिवस में नियमानुसार निस्तारित किये जायेंगे।

उक्त परिपत्र वित्त (नियम) विभाग की आई. डी. संख्या 102005152 दिनांक 27.11.2020 द्वारा प्रदत्त सहमति के अनुसरण में जारी किया जाता है।

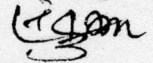
- संलग्न:-
1. नियंत्रण अधिकारी द्वारा जारी किये जाने वाले प्रमाण पत्र का प्रारूप
  2. निर्धारित दावा प्रपत्र
  3. चैक लिस्ट



(सिद्धार्थ महाजन)  
शासन सचिव

प्रतिलिपि निम्न को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित है:-

1. प्रमुख सचिव, मा. मुख्यमंत्री महोदय।
2. विशिष्टसहायक, मा. चिकित्सामंत्रीमहोदय/मा. चिकित्सा राज्य मंत्री महोदय
3. वरिष्ठ उप सचिव, मुख्य सचिव महोदय।
4. समस्त अतिरिक्त मुख्य सचिव/प्रमुख शासन सचिव/शासन सचिव।
5. निजी सचिव, शासन सचिव, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग।
6. निजी सचिव, शासन सचिव, चिकित्सा शिक्षा विभाग।
7. समस्त विभागाध्यक्ष, राज. (सम्भागीय आयुक्त एवं जिला कलेक्टर सहित)
8. मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, राज. जयपुर।
9. निजी सचिव, मुख्य कार्यकारी अधिकारी, राजस्थान स्टेट हेल्थ एश्योरेन्स एजेन्सी, जयपुर।
10. समस्त प्रधानाचार्य, चिकित्सा महाविद्यालय एवं नियंत्रक संबद्ध चिकित्सालय, राजस्थान।
11. समस्त निदेशक चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाये राज. जयपुर।
12. समस्त संयुक्त निदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएँ, जोन राज.।
13. समस्त प्रमुख चिकित्सा अधिकारी, जिला चिकित्सालय, राज.।
14. समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, राज.।
15. रक्षित/निजी/कम्प्यूटर सैल।
16. प्रभारी सर्वर रूम, मुख्यालय को भेजकर लेख है कि उक्त आदेश आज ही विभाग की वेबसाईट पर अपलोड करे।



(संजय कुमार)  
शासन उप सचिव



राजस्थान सरकार

-:TO BE COMPLETED BY THE CLAIMANT:-

राज्य कर्मचारियों/संविदा कर्मचारी/मानदेय कर्मचारियों जिनकी ड्यूटी के दौरान संक्रमित होने तथा इलाज के समय असामयिक मृत्यु कोविड-19 के संक्रमण के कारण हुई है, के आश्रितों को अनुग्रह/सहायता राशि भुगतान के संबंध में आवेदन पत्र :-

1. कोविड-19 के कारण मृत व्यक्ति का विवरण

- a) पूरा नाम (श्री/श्रीमती) .....
- b) पिता/पति का नाम .....
- c) आयु पिछले जन्म दिवस के आधार पर .....
- d) लिंग .....
- e) पता .....
- f) पेशा/व्यवसाय .....

2.	(a) मृत्यु का समय एवं दिनांक	
	(b) प्रयोगशाला द्वारा कोविड-19 की पुष्टि दिनांक	

3. दावेदार का बैंक का पूर्ण विवरण

3.1	दावेदार का नाम (बैंक खाते के अनुसार)	
3.2	मृत व्यक्ति के साथ संबंध	
3.3	बैंक का नाम	
3.4	बैंक शाखा का पता	
3.5	बैंक खाता नम्बर	
3.6	बैंक खाते का प्रकार	
3.7	आई. एफ. एस. सी. कोड	
3.8	एम. आई. सी. आर कोड	

मैं .....एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा पूर्व में कहे गये सभी कथन सत्य है और मैं, दावेदार द्वारा विभाग से कुछ भी छुपाने का प्रयास नहीं किया गया है। जिसकी जानकारी विभाग को होनी चाहिए। साथ ही मैं सहमति प्रदान करता हूँ कि मेरे द्वारा उपलब्ध कराई गई सूचना जो विभाग द्वारा चाही गई हैं में कोई भी गलत बयान/धोखाधड़ी अथवा कोई असत्य जानकारी पाई जाती है, तो मेरा दावा शून्य माना जावे और अनुग्रह/सहायता राशि का मेरा अधिकार जब्त कर लिये जावे। यदि पूर्व में कहे गये किसी कथन या किसी अन्य कथन की सत्यता के संबंध में न्यायालय के समक्ष वैधानिक घोषणा हेतु उपस्थित होने की आवश्यकता होती है तो मैं इसके लिये सहमति प्रदान करता हूँ।

	दावेदार	गवाह
नाम:		
पता:		
दूरभाष नम्बर:		
दिनांक:		
हस्ताक्षर:		

स्थान :

दिनांक :

दावेदार के हस्ताक्षर:



## चैक लिस्ट

कोविड-19 के अन्तर्गत ड्यूटी के दौरान राज्य कर्मचारी/संविदा कर्मचारी/ मानदेय कर्मचारी के संक्रमित होने तथा इलाज के दौरान असामायिक मृत्यु होने पर रूपये 50.00 लाख की अनुग्रह राशि/सहायता राशि दिलाये जाने हेतु वांछित दस्तावेज ।

1. ऑरिजनल क्लेम फार्म जो नोमिनी/दावाकर्ता द्वारा हस्ताक्षरित हो एवं सत्यापित हो ।
2. मृतक का सत्यापित पहचान पत्र ।
3. नोमिनी/दावाकर्ता का सत्यापित पहचान पत्र ।
4. मृतक के सेवा रिकॉर्ड के आधार पर नामित नोमिनी का सत्यापित पत्र ।
5. मृतक एवं नोमिनी/दावाकर्ता के आपस में रिश्ते की सत्यापित कॉपी ।
6. ऑरिजनल डैथ सर्टिफिकेट ।
7. मृतक के कोविड-19 पॉजिटिव की ऑरिजनल/ सत्यापित कॉपी ।
8. मृतक के अस्पताल में भर्ती होने के सत्यापित दस्तावेज ।
9. मृतक का नियुक्ति प्रमाण पत्र सत्यापित ।
10. मृतक के कोविड-19 में ड्यूटी संबंधित आदेश की सत्यापित प्रति ।
11. उपस्थिति पंजिका की सत्यापित प्रति ।
12. संबंधित अस्पताल द्वारा दी गई सत्यापित डैथ समरी ।
13. नोमिनी/दावाकर्ता के पैन कार्ड की सत्यापित कॉपी ।
14. नोमिनी/दावाकर्ता का ऑरिजनल केन्सिल चैक ।

कार्यालय .....

क्रमांक ..... दिनांक .....

मृतक राज्य कर्मचारी/संविदा/मानदेय कर्मी का कोविड-19 ड्यूटी प्रमाण-पत्र

वैश्विक महामारी कोविड-19 के प्रकोप से बचाव नियंत्रण आदि हेतु चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग द्वारा अन्य विभागों के समन्वय के साथ विभिन्न कार्य (यथा सर्वे कार्य/पॉजिटिव केस कॉन्टेक्ट ट्रेसिंग, प्रचार प्रसार, ट्रेनिंग, रेपिड रेस्पॉस टीम, गृह विभाग द्वारा जारी कोविड-19 नियंत्रण हेतु आदेशों की पालनार्थ सुरक्षा/कानून व्यवस्था, क्वारेन्टीन सेन्टर में कार्य, जॉच, सैम्पलिंग, डेडीकेटेड अस्पतालों में कार्य आदि) निर्बाध व नियमित रूप से किये जा रहे हैं।

उक्त के संबंध में यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/सुश्री.....पुत्र/पुत्री/पत्नी.....  
.....उम्र.....पदनाम.....पदस्थापन स्थान.....  
.....निवासी.....को उपरोक्त वर्णित कार्यों .....  
.....के संचालन हेतु लगाया गया था।

नियंत्रण अधिकारी हस्ताक्षर मय सील



कार्यालय .....

क्रमांक ..... दिनांक .....

चिकित्सक/स्वास्थ्यकर्मी का कोविड-19 ड्यूटी प्रमाण-पत्र

वैश्विक महामारी कोविड-19 के प्रकोप से बचाव नियंत्रण आदि हेतु चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग द्वारा अन्य विभागों के समन्वय के साथ विभिन्न कार्य (यथा सर्वे कार्य/पॉजिटिव केस कॉन्टेक्ट ट्रेसिंग, प्रचार प्रसार, ट्रेनिंग, रेपिड रेस्पांस टीम, गृह विभाग द्वारा जारी कोविड-19 नियंत्रण हेतु आदेशों की पालनार्थ सुरक्षा/कानून व्यवस्था, क्वारेन्टीन सेन्टर में कार्य, जाँच, सैम्पलिंग, डेडीकेटेड अस्पतालों में कार्य आदि) निर्बाध व नियमित रूप से किये जा रहे हैं।

उक्त के संबंध में यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/सुश्री.....पुत्र/पुत्री/पत्नी.....

.....उम्र.....पदनाम.....पदस्थापन स्थान.....

.....निवासी.....को उपरोक्त वर्णित कार्यो .....

.....के संचालन हेतु लगाया गया था।

नियंत्रण अधिकारी हस्ताक्षर मय सील

\_\_\_\_\_

कार्यालय .....

क्रमांक .....

दिनांक .....

**मृतक राज्य कर्मचारी/संविदा/मानदेय कर्मी का कोविड-19 ड्यूटी प्रमाण-पत्र**

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/सुश्री.....पुत्र/पुत्री/पत्नी.....

.....उम्र.....पदनाम.....पदस्थापन स्थान.....

.....निवासी.....को कोविड-19 के बचाव, नियंत्रण हेतु किये जा रहे (यथा

सर्वे कार्य/पॉजिटिव केस कॉन्टेक्ट ट्रेसिंग, प्रचार प्रसार, गृह विभाग द्वारा जारी कोविड-19 नियंत्रण हेतु आदेशों की पालनार्थ सुरक्षा/कानून व्यवस्था, क्वारेन्टीन सेन्टर में कार्य आदि) .....के संचालन हेतु लगाया गया था।

**नियंत्रण अधिकारी हस्ताक्षर मय सील**



कार्यालय .....  
क्रमांक .....

दिनांक .....

**चिकित्सक/स्वास्थ्यकर्मी का कोविड-19 ड्यूटी प्रमाण-पत्र**

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/सुश्री.....पुत्र/पुत्री/पत्नी.....  
.....उम्र.....पदनाम.....पदस्थापन स्थान.....  
.....निवासी.....को कोविड-19 के बचाव, नियंत्रण हेतु किये जा रहे (यथा  
सर्वे कार्य/पॉजिटिव केस कॉन्टेक्ट ट्रेसिंग, प्रचार प्रसार, रेपिड रेस्पॉस टीम, क्वारेन्टीन सेन्टर में कार्य, जाँच, सैम्पलिंग,  
डेडीकेटेड अस्पतालों में कार्य आदि) .....के संचालन हेतु लगाया गया था।

**नियंत्रण अधिकारी हस्ताक्षर मय सील**

\_\_\_\_\_