राजस्थान–सरकार

चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग,

स्वास्थ्य भवन, तिलक मार्ग, सी–स्कीम, जयपुर

दूरभाष सं0 : 0141–2224878 ई–मेल: rmsc.mnjy@gmail.com

क्रमांक: एफ04()/एमएनजेवाई/बीएफसी/2014–15/ 520 दिनांक: 3-12-14

अति–आवश्यक

प्रथम स्मरण पत्र

संबंधित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
संबंधित प्रमुख चिकित्सा अधिकारी,
राजस्थान।

विषय:–मुख्यमंत्री निशुल्क जांच योजना अन्तर्गत आवंटित बजट के व्यय, उपयोगिता प्रमाण पत्र व डिमाण्ड राशि भिजवाने बाबत्।

संदर्भ:–इस कार्यालय के पत्रांक 377 दिनांक 5.11.14 के क्रम में।

उपरोक्त संदर्भ एवं विषयान्तर्गत मुख्यमंत्री निशुल्क जांच योजना अन्तर्गत समय–समय पर एवं डिमाण्डनुसार (12 ग्रांट इन एड) एवं (18 मशीनरी एवं उपकरण) मद में बजट संलग्नानुसार आवंटित किया गया है।

आवंटित बजट के पेटे हुए व्यय राशि का माहवार विस्तृत विवरण तथा माहवार विस्तृत उपयोगिता प्रमाण पत्र (Utilization Certificate) संलग्न प्रपत्रों (प्रपत्र A, B) द्वारा चाहा गया था, परन्तु आज दिनांक तक प्राप्त नहीं हुई। साथ ही मुख्यमंत्री निशुल्क जांच योजना अन्तर्गत प्रयोगशालाओं में राजस्थान चिकित्सा सेवा निगम द्वारा क्रय कर भिजवाये गये तथा स्थानीय स्तर पर एवं पूर्व में उपलब्ध संचालित उपकरणों की सूची (प्रपत्र C) अनुसार भी प्राप्त नहीं हुई है। अतः तीन दिवस में उपरोक्त सूचनाएं **संशोधित प्रपत्रों में** भिजवाया जाना सुनिश्चित करें।

इसके अतिरिक्त माह मार्च 2015 तक संविदा सेवाओं की व्यय राशि, उपकरणों के रिएजेण्ट्स, कन्ज्यूमेबल्स आदि के क्रय हेतु डिटेल डिमाण्ड राशि भी भिजवाने का श्रम करें। जिससे डिमाण्ड राशि को आवंटित किया जा सके।

संलग्न–उपरोक्तानुसार।

निदेशक (जन स्वा0)
चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएँ
राजस्थान, जयपुर

क्रमांक: एफ04(76)/एमएनजेवाई/बजट आवंटन/2014–15/ 520 दिनांक : 3-12-14

प्रतिलिपि: निम्न को सूचनार्थ प्रेषित है।

1. निजी सचिव, प्रमुख शासन सचिव, चि0 एवं स्वा0 विभाग, जयपुर।
2. निजी सहायक, निदेशक (जन स्वा0), चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, जयपुर।
3. वित्तीय सलाहकार (मुख्यालय), चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, जयपुर।
4. परियोजना निदेशक, मुख्यमंत्री निशुल्क जांच योजना, जयपुर।
5. समस्त संयुक्त निदेशक (जोन) को भेजकर लेख है कि अपने जोन के अधीन चिकित्सालयों का प्राप्त बजट के पेटे हुए व्यय राशि तथा व्यय राशि का उपयोगिता प्रमाण पत्र विवरण अविलम्ब भिजवाने हेतु सुनिश्चित करावें।
6. रक्षित पत्रावली।

निदेशक (जन स्वा0)
चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएँ
राजस्थान, जयपुर

संशोधित प्रपत्र–ए

मुख्यमंत्री निशुल्क जांच योजना अन्तर्गत आवंटित बजट, व्यय एवं उपयोगिता प्रमाण पत्र के संबंध में

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी/प्रमुख चिकित्सा अधिकारी/प्रभारी–सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र/प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/डिस्पेंसरी

नामः ______________________ ई–मेलः ______________________

मोबाइल नं0: ______________________ कार्यालय दूरभाष सं0: ______________________

कुल प्राप्त वर्षवार बजटः

कुल वर्षवार व्ययः

S.No.	Investigation	No. of Test		Apr-13	May-13	Jun-13	Jul-13	Aug-13	Sep-13	Oct-13	Nov-13	Dec-13	Jan-14	Feb-14	Mar-14	TOTAL
1	SONOGRAPHY		Investigations No.													
			Beneficiaries No.													
2	LAB		Investigations No.													
			Beneficiaries No.													
3	X-RAY		Investigations No.													
			Beneficiaries No.													
4	ECG		Investigations No.													
			Beneficiaries No.													
	Expenditure	No. of Test	Per Month Expenditure													
5	Lab Department (Reagents/Consumables)															
6	Radiology Department (Reagents/Consumables)															
7	Repair of Equipment - Lab															
8	Repair of Equipment - Radiology															
9	Other Expenditure - Lab															
10	Other Expenditure - Radiology															
11	Stationary - Lab															
12	Stationary -Radiology															
	Manpower	No. of Manpower	Per Month Expenditure													
13	Contractual/Placement Services under MNJY															
	i. PATHOLOGIST															
	ii. RADIOLOGIST															
	iii. LT															
	iv. ALT															
	v. RG															
	vi. ARG															
	vii. DEO															
	viii. HELPER															
	ix. WARDBOY															
	x. GUARD															
	xi. OTHER															

Signature of Incharge

Name:

Mobile No.:

संशोधित प्रपत्र–बी

मुख्यमंत्री निशुल्क जांच योजना अन्तर्गत आवंटित बजट, व्यय एवं उपयोगिता प्रमाण पत्र के संबंध में

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी/प्रमुख चिकित्सा अधिकारी/प्रभारी–सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र/प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/डिस्पेंसरी

नाम: ______________________ ई–मेल: ______________________

मोबाइल नं0: ______________________ कार्यालय दूरभाष सं0: ______________________

कुल प्राप्त वर्षवार बजट:

कुल वर्षवार व्यय:

S.No.	~~Month~~	No. of Test	~~Per Month Expenditure~~	Apr-14	May-14	Jun-14	Jul-14	Aug-14	Sep-14	Oct-14	Nov-14	Dec-14	Jan-15	Feb-15	Mar-15	TOTAL
1	SONOGRAPHY		Investigations No.													
			Beneficiaries No.													
2	LAB		Investigations No.													
			Beneficiaries No.													
3	X-RAY		Investigations No.													
			Beneficiaries No.													
4	ECG		Investigations No.													
			Beneficiaries No.													
	Expenditure	~~No. of Test~~	Per Month Expenditure													
~~1~~	~~SONOGRAPHY~~															
~~2~~	~~LAB~~															
3	~~X-RAY~~															
4	~~ECG~~															
5	Lab Department (Reagents/Consumables)															
6	Radiology Department (Reagents/Consumables)															
7	Repair of Equipment - Lab															
8	Repair of Equipment - Radiology															
9	Other Expenditure - Lab															
10	Other Expenditure - Radiology															
11	Stationary - Lab															
12	Stationary -Radiology															
	Manpower	No. of Manpower	Per Month Expenditure													
13	Contractual/Placement Services under MNJY															
	i. PATHOLOGIST															
	ii. RADIOLOGIST															
	iii. LT															
	Iv. ALT															
	v. RG															
	vi. ARG															
	vii. DEO															
	viii. HELPER															
	ix. WARDBOY															
	x. GUARD															
	xi. OTHER															

Signature of Incharge

Name:

Mobile No.: