

Tele : 011-25684946
ASCON : 36832

Central Organisation ECHS
Adjutant General's Branch
IHQ of MoD (Army)
Maude Lines
Delhi Cantt – 110 010

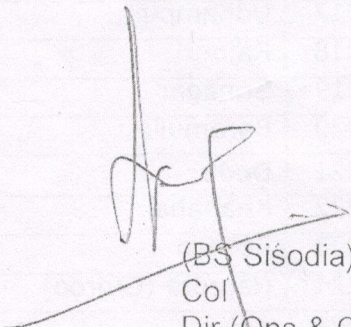
B/49701-PR/AG/ECHS/2018

10 Sep 2018

IHQ of MoD (Navy)/PD ECHS (N)
Air HQ (Subroto Park)/DAV
All Command HQ's (A/ECHS)
All Regional Centre's, ECHS

PROVISION OF MEDICAL CERTIFICATE : ECHS BENEFICIARY

1. Further to CO ECHS letter No B/49701-PR/AG/ECHS/2017 dt 01 Dec 2017.
2. Authrosied Medical Attendant (AMA) for an ECHS beneficiary is the Medical Officer (MO) of ECHS Polyclinic.
3. The fwg medical certificate will be issued by ECHS Polyclinics to ECHS beneficiaries :-
 - (a) Sickness certificate, if reqd by the employer.
 - (b) Fitness certificate after recovery from sickness.
 - (c) Driving License for ECHS Beneficiaries.
 - (d) Fitness Certificate for employment of any ECHS Beneficiary att at Appx 'A'.
 - (e) Infirmity certificate to ECHS bed ridden patients, widows & person based on medical certificate att at Appx 'B'.
 - (f) Concession certificates for orthopedically handicapped/paraplegic person/patient/mentally retarded person/completely blind/totally deaf & dump person att at Appx 'C'.
4. RCs to communicate the content of this letter to all Polyclinics.


(BS Sisodia)
Col
Dir (Ops & Coord)
for MD ECHS

Internal

All Secs (less S&A Sec)

S&A Sec

- PI updated on ECHS website.

MEDICAL FITNESS CERTIFICATE FOR ECHS MEMBERS FOR EMPLOYMENT

1. I, No _____ Rank _____ Name _____ (Retd), have applied for the employment of Manager / Accountant / Salesperson / Caretaker etc. in _____ (Name of Organisation).

2. I certify that I am not on regular medication for any disease and not suffering from any chronic disease.

OR

I am a patient of _____ and am on regular medicine and treatment.

3. I further certify that I am not to undertake strenuous physical / mental work load in the employment, I have applied for.

4. I also fully understand that my continued employment during the contract is subject to my medical fitness.

Signature _____

No _____

Rank _____

Name _____

Date _____

MEDICAL FITNESS CERTIFICATE FROM ECHS DOCTOR

Certified that No _____ Rank _____ Name _____ (Retd) S/o Shri _____ resident of _____ physical for to undertake strenuous work and is not suffering from any communicable or contagious disease.

Round Stamp

Dated

(Signatures)
ECHS Medical Officer

**THIS CERTIFICATE IS NOT VALID FOR COLLECTION OF MEDICINE
FROM POLYCLINIC / SERVICE HOSPITAL**

No _____ Rank _____

Name _____

Liquor Card No _____

(Address)

Tele / Contact _____

No _____

Stn HQs

**REQUEST FOR AUTHORISATION OF DEPENDENT FOR
COLLECTION OF GROCERY / LIQUOR STORES**

Sir,

1. Ref HQ Western Command SOP on the subject (vide No _____ dated _____).
2. Medical certificate vide Appx 'A' is encl herewith. Details of dependent to be auth are as under :-

(a) Name _____

(b) Date of birth/age _____

(c) Relationship with ESM/Widow _____

(d) Residential Address _____

(e) Tele / Contact Number _____

(f) Identification Marks _____

Passport size
Photograph to be
attested by Stn HQs

3. It is requested that the above mentioned dependent be authorised to collect Grocery / Liquor Stores Ex (URC/GLC) on my behalf.

Signature of auth dependent

Signature of ESM/Widow

Concession certificate form for orthopaedically handicapped/paraplegic person/patients/mentally retarded person /completely blind person/totally deaf & dumb person

Paste passport
Size photograph
Duly signed
And stamped by
The issuing doctor

This is to certify that KM/Shri/Smt _____ whose particulars are furnished below is a bonafied **ORTHOPAEDICALLY HANDICAPPED/PARAPLEGIC PERSON/PATIENTS WHO CANNOT TRAVEL WITHOUT THE ASSISTANCE OF AN ESCORT/MENTALLY RETARDED PERSON WHO CANNOT TRAVEL WITHOUT AN ESCORT/COMPLETELY BLIND PERSON/TOTALLY DEAF & DUMB PERSON ***

Particulars:

- a) Address : _____
- b) Father's/Husband's Name : _____
- c) Age: : _____
- d) Sex : _____
- e) Nature of Handicap: (To be written by doctor whether the disability is temporary or Permanent) : _____
- f) Signature or thumb impression of the person seeking concession(not necessary for those with Both hands missing or non-functional): _____

(Signature of Government Doctor#)

Place: _____
Date: _____

Clear seal of Government Hospital#

Seal containing full name and Regn. No. of the Doctor#.

*Strike out where not applicable.

For blind persons RMP/head of institution for the blind recognized can also issue certificate for blind.

Note:

1) The certificate should be issued only to those **ORTHOPAEDICALLY HANDICAPPED/PARAPLEGIC PERSON/PATIENTS WHO CANNOT TRAVEL WITHOUT THE ASSISTANCE OF AN ESCORT/MENTALLY RETARDED PERSON WHO CANNOT TRAVEL WITHOUT AN ESCORT/COMPLETELY BLIND PERSON/TOTALLY DEAF & DUMB PERSON**. The photo must be signed and stamped in such a way that doctor's signature and stamp appears partly on the photo and partly on the certificate.

2) For Mentally retarded persons/Completely blind persons/Deaf and dumb persons (both afflictions together), the certificate will be valid for five years from the date of issue. For temporary disability in the case of orthopedically/paraplegic persons, the certificate will be valid for 5 years and in case of permanent disability, the certificate will remain valid for (i) five years, in case of persons upto the age of 25 years, (2) ten years, in case of persons in the age group of 26 to 35 years and (3) in case of persons above the age of 35 years, the certificate will remain valid for whole life of the concerned persons. After expiry of the period validity of the certificate, the person is required to obtain a fresh certificate.

3) Photocopy of this certificate is accepted for the purpose of grant of concession. The original certificate will have to be produced for inspection at the time of purchase of concessional ticket and during the journey, if demanded.

4) No alteration in the form is permitted.

शारीरिक रूप से अस्थि विकृति से विकलांग/अधरंग व्यक्ति/मरीजों/मानसिक रूप से मंदित व्यक्ति/पूरी तरह से नेत्रहीन/पूरी तरह से मूक एवं बधिर व्यक्ति के लिए रियायती प्रमाणपत्र संबंधी फॉर्म

जारी करने वाले डॉक्टर द्वारा
विधिवत रूप से हस्ताक्षर
किया गया एवं मोहर लगाया
हुआ पासपोर्ट आकार का फोटो
चिपकाएं

यह प्रमाणित किया जाता है कि कुमारी/श्री/श्रीमती _____ जिसका विवरण नीचे दिया गया है वास्तव में अस्थि विकृति से विकलांग/अधरंग व्यक्ति/मरीज है जो बिना किसी सहचर की सहायता से यात्रा नहीं कर सकता/मानसिक रूप से मंदित व्यक्ति जो सहचर के बिना यात्रा नहीं कर सकता/पूर्ण रूप से नेत्रहीन/पूर्ण रूप से मूक एवं बधिर व्यक्ति है *

विवरण:

क) पता : _____

ख) पिता/पति का नाम : _____

ग) आयु : _____

घ) लिंग : _____

ङ) अक्षमता किस प्रकार की है: (डॉ. द्वारा लिखा जाए कि अक्षमता अस्थायी या स्थायी है) _____

च) रियायत मांगने वाले व्यक्ति का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान (जिनके दोनों हाथ नहीं हैं या काम नहीं कर सकते, उनके लिए आवश्यक नहीं): _____

(सरकारी डॉ. के हस्ताक्षर #)

स्थान: _____

दिनांक: _____

सरकारी अस्पताल की स्पष्ट मोहर #

मोहर में डॉ. का पूरा नाम और रजिस्ट्रेशन सं. #

* जहां लागू नहीं हो उसे काट दें।

नेत्रहीन व्यक्तियों के लिए आरएमपी/नेत्रहीनों के लिए मान्यता प्राप्त संस्था का प्रधान भी प्रमाणपत्र जारी कर सकता है।
नोट:

- 1) यह प्रमाणपत्र केवल अस्थि विकृति से विकलांग अक्षम/अधरंग व्यक्ति/मरीज जो बिना किसी सहचर की सहायता से यात्रा नहीं कर सकता/मानसिक रूप से मंदित व्यक्ति जो सहचर के बिना यात्रा नहीं कर सकता/पूर्ण रूप से नेत्रहीन/पूर्ण रूप से मूक एवं बधिर व्यक्ति को जारी किया जाना चाहिए। फोटो पर हस्ताक्षर और मोहर इस प्रकार होनी चाहिए कि डॉक्टर के हस्ताक्षर और मोहर आंशिक रूप से फोटो पर और आंशिक रूप से प्रमाणपत्र पर हो।
- 2) मानसिक रूप से मंदित व्यक्तियों/पूर्ण रूप से नेत्रहीन व्यक्तियों/मूक एवं बधिर व्यक्तियों (दोनों अक्षमताएं), के लिए यह प्रमाण पत्र जारी की गई तिथि से पांच वर्ष के लिए मान्य होगा। अस्थि विकृति से विकलांग और अधरंग व्यक्तियों के मामले में अस्थायी अक्षमता के लिए यह प्रमाणपत्र 5 वर्ष के लिए मान्य होगा और स्थायी अक्षमता के मामले में यह प्रमाणपत्र (1) 25 वर्ष आयु तक के व्यक्तियों के मामले में 5 वर्ष (2) 26 से 35 वर्ष तक की आयु वाले व्यक्तियों के लिए 10 वर्ष (3) 35 वर्ष से अधिक आयु वाले व्यक्तियों के लिए यह प्रमाणपत्र संबंधित व्यक्तियों के पूरे जीवन के लिए मान्य रहेगा। प्रमाणपत्र की समय-सीमा समाप्ति के बाद, व्यक्ति को नया प्रमाणपत्र प्राप्त करना होगा।
- 3) रियायत देने के लिए इस प्रमाण पत्र की फोटोप्रति भी स्वीकार की जाएगी। मूल प्रमाणपत्र रियायती टिकट की खरीद के समय और यात्रा के समय, यदि मांगा जाता है, प्रस्तुत किया जाना आवश्यक होगा।
- 4) इस फॉर्म में किसी प्रकार का परिवर्तन किए जाने की अनुमति नहीं है।