

अतिमहत्पूर्ण/शीर्ष प्राथमिकता

प्रेषक,

शिव सहय अवस्थी

विशेष सचिव,

30प्र0 शासन।

सेवा में,

समस्त मुख्य चिकित्साधिकारी,

30प्र0।

चिकित्सा अनुभाग-2

लखनऊ: दिनांक: 14-10-2024

विषय:- हज-2025 के चयनित हज यात्रियों को मेडिकल एण्ड फिटनेस सर्टिफिकेट सरकारी एलोपैथिक पद्धति के चिकित्सक द्वारा जिलास्तर पर उपलब्ध कराये जाने के सम्बन्ध में।

महोदय,

उपर्युक्त विषयक सचिव/कार्यपालक अधिकारी, उत्तर प्रदेश राज्य हज समिति के पत्र संख्या-जी-11/444/एस0एच0सी0/2024, दिनांक 08.10.2024 (छयाप्रति संलग्न) का कृपया संदर्भ ग्रहण करने का कष्ट करें, जिसके माध्यम से अवगत कराया गया है कि अल्पसंख्यक कार्य मंत्रालय व स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, भारत सरकार द्वारा अनुमोदित मेडिकल स्कीनिंग एवं फिटनेस सर्टिफिकेट को हज 2025 की यात्रा पर जाने वाले प्रत्येक हज यात्री को सरकारी एलोपैथिक पद्धति के चिकित्सक द्वारा प्रमाणित कराकर दिनांक 23.10.2024 तक उपलब्ध कराना है। तदक्रम में स्वास्थ्य परीक्षण हेतु उपस्थित होने वाले हज यात्रियों को नियमानुसार निर्धारित प्रारूप पर मेडिकल एण्ड फिटनेस सर्टिफिकेट निर्गत करने हेतु जनपद के समस्त सरकारी चिकित्सालयों को निर्देशित किये जाने की अपेक्षा की गयी है।

2- अतः इस सम्बन्ध में मुझे यह कहने का निदेश हुआ है कि कृपया प्रकरण में की गयी अपेक्षा के क्रम में नियमानुसार आवश्यक कार्यवाही कराते हुए कृत कार्यवाही से शासन को भी अवगत कराने का कष्ट करें।

संलग्नक यथोक्त।

भवदीय,

(शिव सहय अवस्थी)

विशेष सचिव।

संख्या तद्विनांक उपरोक्तानुसार।

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित:-

- 1- महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएँ, 30प्र0, लखनऊ।
- 2- महानिदेशक, परिवार कल्याण, 30प्र0, लखनऊ।

- 3- सचिव/ कार्यपालक सचिव, उत्तर प्रदेश राज्य हज समिति।
- 4- मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ०प्र० लखनऊ।
- 5- समस्त मण्डलीय अपर निदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उ०प्र०।
- 6- गार्ड फाइल।

आज्ञा से,

Signed by
(शिव सहाय अवस्थी)
Shiv Sahay Awasthi
विशेष सचिव।
Date: 14-10-2024 16:23:22

30/2024 सेक-2 नं-2024

6774(21)

उत्तर प्रदेश राज्य हज समिति

(उ०प्र० सरकार द्वारा गठित)
मौलाना अली मियां मेमोरियल हज हाउस, सरोजनीनगर, लखनऊ
वेबसाइट: halcommittee.up.gov.in ; ई-मेल : halcommittee.up@gmail.com

पत्रांक जी-11/444/एस०एच०सी०/2024

Secy CR

दिनांक: 08.10.2024

सेवा में,

प्रमुख सचिव,
स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग,
उ०प्र० शासन, लखनऊ।

(संजीव कुमार गौराम)

निजी सचिव,
प्रमुख सचिव,

विषय- हज-2025 के चयनित हज यात्रियों को मेडिकल एण्ड फिटनेस सर्टिफिकेट द्वारा चिकित्सक द्वारा जिलास्तर पर उपलब्ध कराये जाने के सम्बन्ध में शासन द्वारा जारी की गई दिनांक 23.10.2024 तक उपलब्ध कराया जाये।

उपर्युक्त विषयक हज कमेटी आफ इण्डिया के सकुलर-8 दिनांक 05 अक्टूबर, 2024 का संदर्भ लेने का कष्ट करें।

उक्त पत्र में अल्पसंख्यक कार्य मंत्रालय व स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, भारत सरकार द्वारा निर्धारित मेडिकल स्क्रीनिंग एवं फिटनेस सर्टिफिकेट को हज-2025 की यात्रा पर जाने वाले प्रत्येक हज यात्री को सरकारी प्राधिकार पद्धति के चिकित्सक द्वारा प्रमाणित कराकर इस कार्यालय को दिनांक 23.10.2024 तक उपलब्ध कराना है।

उपरोक्त प्राप्ति एवं सकुलर की प्रतिलिपि संलग्न है।
उपरोक्त अनुरोध है कि शासन स्तर से प्रत्येक मुख्य चिकित्साधिकारी समस्त जनपद, उत्तर प्रदेश को निर्देशित कराने का कष्ट करें कि स्वास्थ्य परीक्षण हेतु उपस्थित होने वाले हज यात्रियों को नियमानुसार मेडिकल एण्ड फिटनेस सर्टिफिकेट निर्गत करने हेतु जनपद के समस्त सरकारी चिकित्सालयों को निर्देशित करने का कष्ट करें ताकि हज यात्रियों को कोई असुविधा न हो।

उपरोक्तानुसार ।

भवदीय

(एस०पी० तिवारी)

सचिव/कार्यपालक अधिकारी

दिनांक उपरोक्तानुसार

निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित।

मा० मंत्री, अल्पसंख्यक कल्याण मुस्लिम वक्फ एवं हज को उनके निजी सचिव के माध्यम से सूचनार्थ प्रेषित।

मा० राज्य मंत्री, अल्पसंख्यक कल्याण मुस्लिम वक्फ एवं हज को उनके निजी सचिव के माध्यम से सूचनार्थ प्रेषित।

मा० अध्यक्ष, उ०प्र० राज्य हज समिति, लखनऊ।

मा० सदस्य, उ०प्र० राज्य हज समिति को।

मा० सचिव, अल्पसंख्यक कल्याण मुस्लिम वक्फ एवं हज, उ०प्र० शासन।

मा० समस्त जनपद, उ०प्र०।

मा० कल्याण, उ०प्र०, छदवां तल इन्दिरा भवन, लखनऊ।

मा० सचिव/कार्यपालक अधिकारी, समस्त जनपद, उत्तर प्रदेश।

(एस०पी० तिवारी)

सचिव/कार्यपालक अधिकारी

MEDICAL SCREENING & FITNESS CERTIFICATE-1416001-2023(C.E)
(Must obtain the following certificate from a Government Medical Officer (Allopathic)
authorized by the State/UT Government/Central Govt./Defense Authorities/RSU/
Autonomous Bodies)

Personal Particulars:

Name
Date of Birth:
Gender: Male/Female
ID No. (Passport/voter Id/Aadhar etc.)
Complete address:

Contact No.:
Blood Group:

Photograph
Paste your recent
passport size
colored photo
having a white
background
(Size: 3.5 cm x 3.5
cm)

| Self-declaration To be filled by the Haj applicant | Please circle/ कृपया गोला लगाये |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Do you suffer from epilepsy or from sudden attacks of loss of consciousness or giddiness from any cause? क्या आप मिर्गी से पीड़ित हैं या किसी भी कारण से अचानक बेहोशी या धक्कर आने के दौर से पीड़ित हैं? | Yes/No हां/ ना |
| 2. Are you suffering from defect in vision? क्या आप दृष्टि दोष से पीड़ित हैं | Yes/No हां/ ना |
| Have you ever been diagnosed with? क्या आपको कभी कोई बीमारी हुई है? | |
| a) Tuberculosis(TB)/(टीबी) | a) Yes/No (हां/ ना) |
| b) COPD (Asthma/Bronchitis/Emphysema etc.) अस्थमा/ब्रोंकाइटिस/वातस्फीति | b) Yes/No (हां/ ना) |
| c) Hypertension (BP)/ रक्तचाप | c) Yes/No (हां/ ना) |
| d) Diabetes Mellitus/ मधुमेह | d) Yes/No (हां/ ना) |
| e) Heart related illness/ हृदय संबंधी बीमारी | e) Yes/No (हां/ ना) |
| f) Kidney disease/ गुर्दे की बीमारी | f) Yes/No (हां/ ना) |
| g) Liver disease/ यकृत रोग | g) Yes/No (हां/ ना) |
| h) Cancer/ कैंसर | h) Yes/No (हां/ ना) |
| i) Bleeding Disorder/ रक्तस्राव विकार | i) Yes/No (हां/ ना) |
| j) Other (Specify)/ कोई और (उल्लिखित करे) | j) Yes/No (हां/ ना) |
| Are you pregnant/ गर्भवती | Yes/No (हां/ ना) |
| Menstrual period (in DD/MM/YYYY) | |
| Next menstruation (in DD/MM/YYYY) | |
| Do you have any allergy/ एलर्जी (if any) | Yes/No (हां/ ना) |
| Is it as yes | |

Medical Certificate by Haj Applicant/ हज आवेदक द्वारा चिकित्सा प्रमाणपत्र के लिए स्व-

..... S/D/W of.....hereby declare that the
is true to the best of my knowledge and my application may be cancelled if it
on a later date / मैं..... S/D/W
प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त उल्लिखित जानकारी सर्वोत्तम रूप से सत्य है और मेरी
...तो मेरा आवेदन रद्द किया जा सकता है।

Signature/Thumb Impression of the Haj Applicant

