

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें,
मध्यप्रदेश

महत्वपूर्ण

क्रमांक/कोविड-19 नियंत्रण/आई.डी.एस.पी/2020/1725

भोपाल, दिनांक 05/10/2020

प्रति,

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,

जिला- रतलाम, मुरैना, भिण्ड, ग्वालियर, दतिया, शिवपुरी, गुना, अशोकनगर, सागर, छतरपुर, अनूपपुर, रायसेन, राजगढ़, आगर, देवास, खण्डवा, बुरहानपुर, धार, इंदौर, मंदसौर, म.प्र।

विषय:- विधानसभा उप चुनाव 2020 के लिए मतदान हेतु इच्छुक किन्तु क्वारंटाईन कोविड-19 संक्रमित/संदिग्ध मतदाताओं के पोस्टल बैलेट हेतु प्रमाण-पत्र जारी करने के संबंध में।


संदर्भ:- भारत निर्वाचन आयोग का पत्र क्र. 52/2020/SDR/VOL.1 दिनांक 28/09/2020

विषयांतर्गत लेख है कि भारत निर्वाचन आयोग के संदर्भित पत्र द्वारा प्रदेश के 28 विधानसभा निर्वाचन क्षेत्रों के उप चुनाव के लिए 80 वर्ष से अधिक उम्र के मतदाताओं व मानसिक रूप से अस्वस्थ मतदाताओं को डाक मतपत्र से मतदान कराये जाने के निर्देश देते हुए कोविड-19 के कारण क्वारंटाईन संक्रमित/संदिग्ध मतदाताओं को भी पोस्टल बैलेट पेपर के माध्यम से मतदान कराये जाने के निर्देश दिये गये हैं। उक्त श्रेणी के मतदाताओं के लिए प्रपत्र 12 D में आवेदन संबंधित संसदीय चुनाव क्षेत्र के असीस्टेंट रिटर्निंग ऑफिसर को प्रस्तुत किया जाना होगा।

तदनुसार संलग्न निर्धारित प्रारूप में मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी/जिला प्रशासन द्वारा नामांकित चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्रमाण-पत्र जारी किया जाना है। मतदान के इच्छुक कोविड-19 के संदिग्ध अथवा पुष्ट मतदाता द्वारा प्रपत्र 12 D के साथ उक्त प्रमाण-पत्र जमा करने पर संबंधित क्षेत्र के चुनाव अधिकारियों द्वारा पोस्टल बैलेट पेपर उपलब्ध कराया जायेगा।

पोस्टल बैलेट द्वारा मतदान हेतु आवेदन चुनाव दिनांक घोषित होने के 5 दिवस के भीतर रिटर्निंग ऑफिसर तक पहुँचना अनिवार्य है अतएव, आवश्यक कार्यवाही तत्काल सुनिश्चित करें।

संलग्न:- प्रमाण-पत्र का प्रारूप।

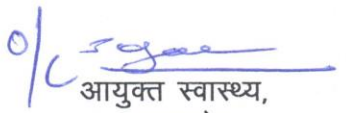

(डॉ. संजय गोयल)
आयुक्त स्वास्थ्य,
मध्यप्रदेश

क्रमांक/कोविड-19 नियंत्रण/आई.डी.एस.पी/2020/1726

भोपाल, दिनांक 05/10/2020

प्रतिलिपि:- सूचनार्थ।

1. अतिरिक्त मुख्य सचिव, लो.स्वा. एवं परि.क. विभाग/चि.शि. विभाग, मंत्रालय, वल्लभ भवन, म.प्र।
2. मिशन संचालक, एन.एच.एम., म.प्र।
3. समस्त संभागीय आयुक्त, म.प्र।
4. कलेक्टर, रतलाम, मुरैना, भिण्ड, ग्वालियर, दतिया, शिवपुरी, गुना, अशोकनगर, सागर, छतरपुर, अनूपपुर, रायसेन, राजगढ़, आगर, देवास, खण्डवा, बुरहानपुर, धार, इंदौर, मंदसौर, म.प्र।
5. समस्त क्षेत्रीय संचालक, स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र।
6. प्रभारी, कोविड-19 नियंत्रण कक्ष, संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र।


आयुक्त स्वास्थ्य,
मध्यप्रदेश

**Certificate to be submitted by COVID-19
Suspect/ Affected Person alongwith Form 12D**

It is certified that Shri/ Smt/Ms son/daughter/wife of
.....resident of.....
village/mohalla.....Town/city/tehsil.....
District(State) is tested as positive or identified as suspect
on..... by the Govt. Hospital/Lab or the Hospital/Lab recognized by the Government
as COVID Hospital or under home quarantine or institutional quarantine due to COVID 19

Full Signature of Competent Health Authority*

------(Name)

------(Address)

------(Rubber Stamp)

**Competent Health Authority as may be notified by the State Govt. or Union Territory
Administration for this purpose.*

Please strike out whichever is not applicable.