



राजस्थान सरकार
निदेशालय चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण सेवायें,
राजस्थान, जयपुर

क्रमांक: NHM/RCH/JSY/DBT/2015/299

दिनांक: 17-12-2015

प्राचार्य, समस्त मेडिकल कॉलेज अस्पताल
संयुक्त निदेशक, समस्त संभाग
मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, समस्त जिले
प्रमुख चिकित्सा अधिकारी, समस्त जिला अस्पताल
जिला प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य अधिकारी, समस्त जिले

विषय:- Supplementary request module के संबंध में दिशा निर्देश।

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, भारत सरकार के निर्देशानुसार माह अगस्त 2015 से प्रदेश में जननी सुरक्षा योजना एवं शुभलक्ष्मी योजना की प्रथम किश्त को ओजस सॉफ्टवेयर के माध्यम से प्रदेश के समस्त मेडिकल कॉलेज एवं संबंधित अस्पताल, जिला/उपजिला/सैटेलाइट अस्पताल व सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र पर हो रहे संस्थागत प्रसव उपरान्त लाभार्थी को परिलाभ सीधे ही बैंक खाते में हस्तान्तरित किया जा रहा है। जिसके अन्तर्गत संबंधित संस्थान स्तर पर प्रथमतया पीसीटीएस सॉफ्टवेयर में लाभार्थी का जेएसवाई क्लेम फॉर्म (भाग J-1, J-2, J-3) भरा जाकर ओजस सॉफ्टवेयर में Case Verification किया जाता है। तत्पश्चात् निर्धारित प्रक्रिया अनुसार लाभार्थी को ऑनलाईन परिलाभ हस्तान्तरित किया जाता है।

दिगत चार माह से अधिक अवधि के दौरान संबंधित संस्थान स्तर पर किये गये कार्य की समीक्षा में पाया गया है कि केस प्रविष्टि के इन्द्राज के दौरान कम्प्यूटर ऑपरेटर के द्वारा भूलवश कुछ त्रुटिपूर्ण प्रविष्टियां इन्द्राज किये जाने से संबंधित केसेज को ऑनलाईन परिलाभ में अन्तर आ रहा है। इस क्रम में लम्बित चल रहे केसेज को ऑनलाईन परिलाभ दिया जाना सुनिश्चित किया जा सके इस हेतु ओजस सॉफ्टवेयर में एनआईसी की सहायता से supplementary request option उपलब्ध कराया जा रहा है, जिसमें 13 Parameters/बिन्दुओं जिनमें भूलवश गलती हुई है, को सुधार किया जा सकता है।

- ओजस सॉफ्टवेयर के Home Page पर उपलब्ध Menu bar में Supplementary Menu को select करने पर Supplementary request द्वारा संबंधित केस का पीसीटीएस आईडी डालने पर निम्न 13 Parameters/बिन्दुओं को सुधारा जा सकेगा:-

1. क्या महिला घूमन्तु श्रेणी की है?
2. संस्था का प्रकार
3. क्या प्रसूता ने कोटेज वार्ड की सुविधा प्राप्त की है?
4. केस का प्रकार (Discharge/LAMA & Abscond/Death)
5. बीपीएल
6. जीवित/मृत जन्म

7. Add infant

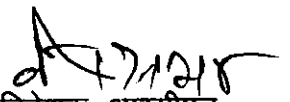
8. क्या प्रसूता राजस्थान की मूल निवासी है?

9. प्रसव का प्रकार
10. प्रसूता का निवास क्षेत्र
11. Date of Discharge/LAMA/Abscond/Death
12. परिवहन साधन आने/जाने का
13. शिशु का Gender (लड़का/लड़की)

- जिन केसेज में भूलवश हुई त्रुटिपूर्ण प्रविष्टि का सुधार किया जाना है, को प्रथमतया ओजस में online request submit करनी होगी।
- Online request में भेजे गये समस्त केसेज विवरण को साथ ही में सूचीबद्ध कर निर्धारित प्रारूप में भरकर मय सक्षम अधिकारी/संबंधित संस्थान प्रभारी द्वारा लिखित पुष्टि पत्र को राज्य स्तर पर scan copy भेजे जाने पश्चात् ही online request को approve किया जायेगा।
- भूल सुधार हेतु भेजे जाने वाले समस्त केस विवरण को संबंधित संस्थान के ओजस नोडल प्रभारी अथवा संस्थान प्रभारी द्वारा जांच कर ही राज्य स्तर भिजवाया जायेगा। इसके पश्चात् भी त्रुटि रहने पर वह स्वयं जिम्मेदार रहेगे।
- राज्य स्तर पर सक्षम अधिकारी/संबंधित संस्थान प्रभारी द्वारा भूल सुधार हेतु भेजे गये विवरण/पत्र में दिये गये समस्त जानकारी सही भेजी गई है या नहीं, की जिम्मेदारी संबंधित सक्षम अधिकारी /संबंधित संस्थान प्रभारी की होगी, साथ ही आपके द्वारा भेजे गये जानकारी को अन्तिम मानते हुए आगे कोई परिवर्तन नहीं किया जावेगा एवं लिखित सहमति भेजे जाने के पश्चात् किसी भी केस का गलत भुगतान होना, गलत प्रविष्टि होना की सम्पूर्ण जिम्मेदारी संबंधित संस्थान प्रभारी व उक्त लिखित संबंधित सक्षम अधिकारी की होगी।
- सभी संस्थान प्रभारी इस बात को सुनिश्चित करावे कि ऑनलाईन प्रविष्टियां करते समय संबंधित कर्मचारी द्वारा सावधानी पूर्वक प्रविष्टियां की जावे व verify person केस विवरण को भलीभांति जांच कर ही केस को वेरिफाई करे।
- सभी संस्थान प्रभारी इस बात को सुनिश्चित करावे कि संस्थान पर होने वाले समस्त प्रसवों का विवरण फॉर्म J-2 पूर्ण रूप से भरवाना सुनिश्चित करे; बैंक खाता आदि विवरण न होने की स्थिति में भी समस्त होने वाले प्रसवों का विवरण प्रथमतय ऑनलाईन इन्द्राज करावे व साथ ही उक्त प्रविष्टि को प्रसव उपरान्त नियमित रूप से समय रहते इन्द्राज करावे।

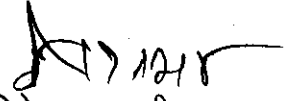
भूलवश हुई त्रुटिपूर्ण प्रविष्टियों को सुधार हेतु Online Request के साथ-साथ संलग्न निर्धारित प्रारूप/पत्र में भरकर मय संबंधित अधिकारी के हस्ताक्षर द्वारा भिजवाया जाना है। लिखित आवेदन/पत्र (signed scan document format) भेजे जाने के पश्चात् ही Online Request को स्वीकृत किया जावेगा। पुनः ध्यान रखा जावे की Supplementary request में तीन बार पुनः चैक करने हेतु प्रावधान उपलब्ध होता है इसके बावजूद भी कोई गलती की जाती है, तो भविष्य में सुधार संभव नहीं हो सकेगा।

संलग्न:- त्रुटिपूर्ण प्रविष्टियों के सुधार हेतु प्रारूप


 निदेशक, आरसीएच
 चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएँ
 राजस्थान, जयपुर

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

1. निजी सचिव, प्रमुख शासन सचिव चिकित्सा, स्वास्थ्य, परिवार कल्याण एवं चिकित्सा शिक्षा।
2. निजी सचिव, विशिष्ट शासन सचिव, एवं मिशन निदेशक एन.एच.एम.।
3. निजी सहायक, निदेशक आरसीएच।
4. राज्य कार्यक्रम प्रबंधक, एनएचएम।
5. प्राचार्य, समस्त मेडिकल कॉलेज।
6. विभागाध्यक्ष, समस्त संबंधित चिकित्सालय मेडिकल कॉलेज।
7. परियोजना निदेशक, मातृ स्वास्थ्य।
8. डेमोग्राफर एवं मूल्यांकन अधिकारी, परिवार कल्याण।
9. संयुक्त निदेशक, समस्त संभाग।
10. मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, समस्त जिले।
11. प्रमुख चिकित्सा अधिकारी, समस्त जिले।
12. जिला प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य अधिकारी, समस्त जिले।
13. जिला कार्यक्रम प्रबंधक, समस्त जिले।
14. सर्वर रूम।
15. रक्षित पत्रावली।



निदेशक, आरसीएच
चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएँ
राजस्थान, जयपुर

त्रुटिपूर्ण प्रविष्टियों के सुधार हेतु प्रारूप

परियोजना निदेशक—मातृ स्वास्थ्य
चिकि. स्वा. एवं प.क. सेवार्ये
निदेशालय, स्वास्थ्य भवन, जयपुर

श्रीमान् जी निम्न दिये गये केसेज विवरण में सुधार किया जाना है दिये गये विवरण को गलती सुधार हेतु पूर्णतः जांच लिया गया है। भविष्य में इस हेतु पुनः कोई आवेदन नहीं किया जावेगा व साथ ही भविष्य में ऑनलाईन प्रविष्टि करते समय पूर्ण सावधानी बरती जावेगी।

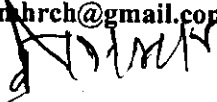
संबंधित सक्षम अधिकारी द्वारा निर्धारित प्रपत्र में वांछित सूचना भिजवाई जावेगी:—

क्र. स.	प्रसूता का नाम (जिस केस के विवरण में सुधार किया जाना है।)	पति का नाम	पीसीटीएस आईडी	प्रसव की दिनांक	पूर्व में हुई गलती वाले बिन्दु	वर्तमान में सुधार किये जाने वाले बिन्दु का विवरण	क्या verify person के द्वारा पुनः जांच कर ली गई हां/नही	प्रविष्टियां करने वाले व्यक्ति का नाम व पदनाम

उक्त केस का विवरण सुधार दिये जाने हेतु अधोहस्ताक्षरकर्ता द्वारा लिखित सहमति भिजवाई जा रही है। इसको भलीभांति जांच लिया गया है। इसकी समस्त जिम्मेदारी मेरी रहेगी।

हस्ताक्षर संबंधित संस्थान प्रभारी /
हस्ताक्षर संबंधित सक्षम अधिकारी
संस्थान का नाम—.....
जिला—.....

नोट:— उक्त विवरण Online request के साथ-साथ मय हस्ताक्षर Scan Document में ई-मेल आईडी pdnhrch@gmail.com पर भिजवाया जावेगा।



pdmrch@gsa.gov.com