

**SELF-DECLARATION FOR AVAILING BENEFITS UNDER AB PMJAY-GJAY**

[To be submitted to State Health Assurance Society, Government of Odisha]

*Please read carefully before submitting. Incorrect or false declarations may lead to cancellation of your eligibility under AB PMJAY-GJAY.*

To,  
**The State Health Assurance Society (SHAS),**  
Government of Odisha,  
Bhubaneswar

**Subject:** Declaration regarding discontinuation of benefits under other Government-funded Health Schemes

I, the undersigned, hereby declare that I was previously a beneficiary under the **Gopabandhu Jana Arogya Yojana (GJAY)** being implemented by the Government of Odisha.

I understand that my **Aadhaar details** have been found linked to another Government-funded health scheme, either by another **State Government** or under a **Central Government-funded program**, due to which my Ayushman Bharat PMJAY- GJAY co-branded card has been **put on hold**.

Having been informed of this, I voluntarily choose to avail benefits under the **AB PMJAY-GJAY scheme**, and hereby declare that:

1. I **agree to forego any benefits** I may be receiving or eligible for under the other health insurance or assurance scheme(s).
2. I provide this declaration **with full knowledge and consent** of the authority administering the other scheme.
3. I understand that this decision is **final and binding** for the purpose of determining my eligibility under AB PMJAY-GJAY.
- 4.

Please find my details below for verification and necessary action:

- **Full Name:** \_\_\_\_\_
- **URN (GJAY/PMJAY):** \_\_\_\_\_ (Mandatory)
- **Aadhaar Number:** \_\_\_\_\_ (Optional but required for validation)
- **Mobile Number:** \_\_\_\_\_
- **Residential Address:** \_\_\_\_\_

I hereby affix my signature in acceptance of the above declaration.

**Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

ଏବି ପିଏମଜେଏଝାଇ-ଜିଜେଏଝାଇ(AB PMJAY-GJAY) ଅଧୀନରେ ସୁବିଧା ପାଇବା ପାଇଁ ସ୍ୱୟଂ/ନିଜସ୍ୱ ଘୋଷଣା

[ଓଡ଼ିଶା ସରକାରଙ୍କ ରାଜ୍ୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା ସମିତିରେ ଦାଖଲ କରାଯିବ]

ଦୟାକରି ଦାଖଲ କରିବା ପୂର୍ବରୁ ଉଲ୍ଲେଖିତ ଭାବରେ ପଢନ୍ତୁ। ଭୁଲ୍ କିମ୍ବା ମିଥ୍ୟା ଘୋଷଣା ଦ୍ୱାରା ଏବି ପିଏମଜେଏଝାଇ-ଜିଜେଏଝାଇ (AB PMJAY-GJAY) ଅଧୀନରେ ଆପଣଙ୍କ ଯୋଗ୍ୟତା ବାତିଲ ହୋଇପାରେ।

ରାଜ୍ୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା ସମିତି (SHAS), ଓଡ଼ିଶା ସରକାର, ଭୁବନେଶ୍ୱର

ବିଷୟ: ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ସରକାରୀ ଅନୁଦାନପ୍ରାପ୍ତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଜନାରେ ସୁବିଧା ବନ୍ଦ ସମ୍ପର୍କିତ ଘୋଷଣା

ମୁଁ, ଏହା ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୁଁ ପୂର୍ବରୁ ଓଡ଼ିଶା ସରକାରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେଉଥିବା ଗୋପବନ୍ଧୁ ଜନ ଆରୋଗ୍ୟ ଯୋଜନା (GJAY)ର ହିତାଧିକାରୀ ଥିଲି ।

ମୁଁ, ମୋର ଆଧାର ବିବରଣୀ ଅନ୍ୟ ଏକ ରାଜ୍ୟ ସରକାରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା କିମ୍ବା କେନ୍ଦ୍ର ସରକାରଙ୍କ ଅନୁଦାନପ୍ରାପ୍ତ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଅଧୀନରେ ଅନ୍ୟ ଏକ ସରକାରୀ ଅନୁଦାନପ୍ରାପ୍ତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଜନା ସହିତ ଲିଙ୍କ୍ ହୋଇଥିବା ଜଣାପଡିଛି, ଯେଉଁକାରଣରୁ ମୋର ଆୟୁଷ୍ମାନ ଭାରତ ପିଏମଜେଏଝାଇ- ଜିଜେଏଝାଇ ସହ-ବ୍ରାଣ୍ଡେଡ୍ (AB PMJAY-GJAY co-branded)କାର୍ଡକୁ ସ୍ଥଗିତ ରଖାଯାଇଛି ।

ଏ ବିଷୟରେ ଅବଗତ ହେବା ପରେ, ମୁଁ ସ୍ୱେଚ୍ଛାକୃତ ଭାବରେ ଏବି ପିଏମଜେଏଝାଇ-ଜିଜେଏଝାଇ ଯୋଜନା (AB PMJAY-GJAY) ଅଧୀନରେ ସୁବିଧା ପାଇବାକୁ ପସନ୍ଦ କରେ, ଏବଂ ଏହା ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରେ ଯେ:

୧ . ଅନ୍ୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା କିମ୍ବା ବୀମା ଯୋଜନା (ଗୁଡିକ) ଅଧୀନରେ ମୁଁ ପାଉଥିବା କିମ୍ବା ଯୋଗ୍ୟ ହେଉଥିବା କୌଣସି ସୁବିଧା କୁହାଯିବାକୁ ମୁଁ ରାଜି ।

୨ . ମୁଁ ଏହି ଘୋଷଣାମାନାକୁ ଅନ୍ୟ ଯୋଜନା ପରିଚାଳନା କରୁଥିବା କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷଙ୍କ ସମ୍ମୁଖେ ଜ୍ଞାନ ଏବଂ ସମ୍ମତି ସହିତ ପ୍ରଦାନ କରୁଅଛି ।

୩ . ମୁଁ ବୁଝିପାରୁଛି ଯେ ଏବି ପିଏମଜେଏଝାଇ-ଜିଜେଏଝାଇ (AB PMJAY-GJAY) ଅଧୀନରେ ମୋର ଯୋଗ୍ୟତା ନିର୍ଦ୍ଧାରଣ କରିବା ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ଏହି ନିଷ୍ପତ୍ତି ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଅଟେ ।

ଦୟାକରି ଯାଞ୍ଚ ଏବଂ ଆବଶ୍ୟକ କାର୍ଯ୍ୟାନୁଷ୍ଠାନ ପାଇଁ ନିମ୍ନରେ ମୋର ବିବରଣୀ ସନ୍ଧାନ କରନ୍ତୁ:

- ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ନାମ: \_\_\_\_\_
- URN No: (ଜିଜେଏଝାଇ/ପିଏମ୍ଜେଏଝାଇ): \_\_\_\_\_ (ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ)
- ଆଧାର ନମ୍ବର: \_\_\_\_\_ (ବୈଧତା ପାଇଁ ଆବଶ୍ୟକ)
- ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର: \_\_\_\_\_
- ଆବାସିକ ଠିକଣା: \_\_\_\_\_

ଉପରୋକ୍ତ ଘୋଷଣାକୁ ଗ୍ରହଣ କରିବା ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ମୁଁ ମୋର ମତାମତ ଜଣାଇଲି ।

ଦସ୍ତଖତ: \_\_\_\_\_  
ତାରିଖ: \_\_\_\_\_