

प्रेषक,

मिशन निदेशक,
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन,
उत्तर प्रदेश, लखनऊ।

सेवा में,

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
लखनऊ एवं अलीगढ़ उ०प्र०।

पत्रांक: एस०पी०एम०यू०/ब्लड सर्वि०/ Fund Transfer/2018-19/ 8301

दिनांक ०५-११-१८

विषय: राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत प्रदेश के ब्लड सर्विसेज के अन्तर्गत वित्तीय वर्ष 2018-19 में प्री-ट्रान्सफ्यूजन टेस्टिंग हेतु धनराशि आवंटन एवं दिशा-निर्देश के सम्बन्ध में।

महोदय/महोदया,

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत भारत सरकार द्वारा आर०ओ०पी० वर्ष 2018-19 में ब्लड सर्विसेज हेतु एफ०एम०आर० मद सं० 6.2.7.1 पर रक्तकोष के०जी०एम०यू०, लखनऊ एवं जे०एल०एन० मेडिकल कॉलेज अलीगढ़ द्वारा प्री ट्रान्सफ्यूजन टेस्टिंग हेतु प्राप्त प्रस्ताव पर भारत सरकार द्वारा आर०ओ०पी० 2018-19 में एफ०एम०आर० 6.2.7.1 के अन्तर्गत रू० 1000.00 लाख की स्वीकृत के क्रम में के०जी०एम०यू०, लखनऊ एवं जे०एल०एन०, मेडिकल कॉलेज अलीगढ़ हेतु सम्बन्धित जनपदों के जिला स्वास्थ्य समिति, को निम्नानुसार दिनांक 22.10.18 को इनवाइस संख्या C.10181.557395 द्वारा धनराशि अवमुक्त की जा चुकी है-

क्र०सं०	जनपद	रक्तकोष	कुल आवंटित (धनराशि रू० में)
1.	लखनऊ	रक्तकोष के०जी०एम०यू०,	5,00,00000.00
2.	अलीगढ़	रक्तकोष, जे०एल०एन० मेडिकल कॉलेज	1,00,00000.00
कुल			6,00,00000.00

- उपरोक्तानुसार मुख्य चिकित्सा अधिकारी लखनऊ एवं अलीगढ़ प्राथमिकता पर उच्च धनराशि सम्बन्धित मेडिकल कॉलेज/चिकित्सा संस्थान को हस्तान्तरित करना सुनिश्चित करें।
- आवंटित धनराशि का उपयोग सम्बन्धित मद में निर्गत गतिविधि हेतु किया जाना है।
- सम्बन्धित धनराशि के हस्तान्तरण के उपरान्त यह भी सुनिश्चित कर लिया जाये कि चिन्हित मद से प्रदान की जा रही सेवायें (विशेष विधि NAT द्वारा परीक्षित निःशुल्क रक्त यूनिट की उपलब्धता) राजकीय चिकित्सालयों में भर्ती मरीजों हेतु निःशुल्क उपलब्ध कराई जा रही है।
- जिस कार्यक्रम/मद में धनराशि स्वीकृत की गई है उसी कार्यक्रम/मद में व्यय उसी तक नियमानुसार किया जाये।
- स्वीकृत मद पुनर्विनियोजन (re-appropriation) राज्य कार्यकारी समिति, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उत्तर प्रदेश, की अनुमति के बिना कदापि न किया जाये। साथ ही साथ यह भी सुनिश्चित किया जाये कि एक कार्यक्रम की धनराशि दूसरे कार्यक्रमों में हस्तान्तरित न किया जाये। धनराशि के व्यय में यदि कोई अनियमितता होती है तो इसके लिए आप स्वयं उत्तरदायी होंगे।
- जिला स्वास्थ्य समिति, एवं समस्त इकाइयों के वित्तीय अभिलेख, कैशबुक, बैंक बुक, लेजर चेक इश्यू का रजिस्टर आदि लेखा पुस्तकों में सभी प्रविष्टियां समय से पूर्ण करायें साथ ही समयानुसार सत्यापन भी सक्षम अधिकारी करना सुनिश्चित करें।
- जिला स्वास्थ्य समिति, एवं समस्त इकाइयों के समाधान विवरण प्रत्येक माह के अन्त में तैयार करना सुनिश्चित करायें जिससे बैंक खातों तथा सोसाइटी एवं समस्त इकाइयों के लेखों में कोई भिन्नता न रहे।
- आपके स्तर से समस्त इकाइयों को अग्रिम के रूप में अवमुक्त की गई धनराशियों के उपयोगिता प्रमाण पत्र प्राप्त करते हुये अपनी लेखापुस्तकों में समयोजन दर्शाना सुनिश्चित करें।
- प्रत्येक माह का मासिक व्यय विवरण (एफ०एम०आर०) लेखापुस्तकों प्रविष्टियों से मिलान कर तैयार किया जाये तथा यह भी सुनिश्चित कर लें कि प्रत्येक माह की एफ०एम०आर० में दर्शायी गई धनराशि एवं लेखा पुस्तकों में प्रविष्टि की गई धनराशि में मदवार कोई अन्तर न हो।
- व्यय से सम्बन्धित समस्त लेखाबहियों, बिल वाउचर्स व अन्य अभिलेखों को अपने स्तर पर सुरक्षित रखें एवं नियुक्ति मासिक कान्फरेन्ट आडिटर, स्टेटच्युरी आडिटर, महालेखाकार, की आडिट एवं समस्त निरीक्षण अधिकारी हेतु उपलब्ध कराना सुनिश्चित करें।

12. राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, के अन्तर्गत उपलब्ध कराये गये संशोधित आपरेशनल गाइडलाइन्स फार फाइनेन्शियल में दिये गये दिशा निर्देशों एवं प्रक्रिया का समयाबद्ध पालन समस्त स्तरों पर किया जाना सुनिश्चित करें।

13. भारत सरकार के निंत्रयक/महालेखा परीक्षा द्वारा राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उत्तर प्रदेश, के परफारमेन्स आडिट रिपोर्ट में उठाई गयी मुख्य आपत्तियों के परिप्रेक्ष्य में मुख्य सचिव, महोदय उ0प्र0 शासन के निर्देशों के अन्तर्गत गठित समिति की दिनांक 01.06.2012 को सम्पन्न हुई बैठक में समिति द्वारा की गई संस्तुतियों के प्रति पत्र संख्या SPMU/NRHM/ACCOUT/490-8 दिनांक 13.06.2012 के द्वारा कराई गई है, को संज्ञान में लेना सुनिश्चित करें।

14. उपर्यक्त निर्देशों का कड़ाई में शत-प्रतिशत अनुपालन सुनिश्चित किया जायें। समयान्तर्गत अनुपालन न होने की स्थिति में सम्बन्धित अधिकारियों के विरुद्ध नियमानुसार विभागीय अनुशासनात्मक एवं दण्डात्मक कार्यवाही हेतु प्रकरण प्रमुख सचिव, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उ0प्र0 शासन को सन्दर्भित कर किया जायें।

भवदीय

(पंकज कुमार)
मिशन निदेशक

पत्रांक: एस0पी0एम0यू0/ब्लड सर्वि0/ Fund Transfer/2018-19/
प्रतिलिपि निम्न को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित—

तददिनांक

1. प्रमुख सचिव, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उ0प्र0 शासन।
2. महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, उत्तर प्रदेश।
3. महानिदेशक, चिकित्सा शिक्षा, लखनऊ, उत्तर प्रदेश।
4. कुलपति/प्रधानाचार्य सम्बन्धित चिकित्सा संस्थान को इस आशय से कि सम्बन्धित को मुख्य चिकित्साधिकारी से ससमय बजट का स्थानान्तरण सुनिश्चित कराते हुये सम्बन्धित गतिविधियों का क्रियान्वयन सुनिश्चित करने हेतु निर्देशित करने का कष्ट करें।
5. जिलाधिकारी, लखनऊ एवं अलीगढ़, उ0प्र0।
6. निदेशक, चिकित्सा उपचार, स्वास्थ्य महानिदेशालय, उ0प्र0।
7. मण्डलीय अपर निदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, लखनऊ एवं अलीगढ़ मण्डल उ0प्र0।
8. मण्डलीय परियोजना प्रबंधक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन लखनऊ एवं अलीगढ़ मण्डल, उत्तर प्रदेश।
9. रक्तकोष प्रभारी, ब्लड बैंक, के0जी0एम0यू0, लखनऊ एवं जे0एल0एन0, मेडिकल कॉलेज अलीगढ़ उ0प्र0।
10. महाप्रबन्धक, एम0आई0एस0, एस0पी0एम0यू0, एन0एच0एम0, को इस आशय से कि पत्र की प्रति एन0एच0एम0 की वेबसाइट—www.upnrhm.gov.in पर अपलोड करने का कष्ट करें।
11. जिला कार्यक्रम प्रबन्धक/जिला लेखा प्रबन्धक, जिला कार्यक्रम प्रबंधन इकाई, लखनऊ एवं अलीगढ़ को ई-मेल के माध्यम से प्रेषित।

(डा0 ए0बी0 सिंह)
उपमहाप्रबन्धक, ब्लड सेल

12. राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, के अन्तर्गत उपलब्ध कराये गये संशोधित आपरेशनल गाइडलाइन्स फार फाइनेन्शियल में दिये गये दिशा निर्देशों एवं प्रक्रिया का समयाबद्ध पालन समस्त स्तरों पर किया जाना सुनिश्चित करें।

13. भारत सरकार के नित्रयंक/महालेखा परीक्षा द्वारा राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उत्तर प्रदेश, के परफारमेन्स आडिट रिपोर्ट में उठाई गयी मुख्य आपत्तियों के परिप्रेक्ष्य में मुख्य सचिव, महोदय उ०प्र० शासन के निर्देशों के अन्तर्गत गठित समिति की दिनांक 01.06.2012 को सम्पन्न हुई बैठक में समिति द्वारा की गई संस्तुतियों के प्रति पत्र संख्या SPMU/NRHM/ACCOUT/490-8 दिनांक 13.06.2012 के द्वारा कराई गई है, को संज्ञान में लेना सुनिश्चित करें।

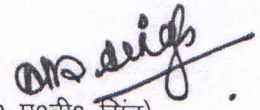
14. उपर्युक्त निर्देशों का कड़ाई में शत-प्रतिशत अनुपालन सुनिश्चित किया जायें। समयान्तर्गत अनुपालन न होने की स्थिति में सम्बन्धित अधिकारियों के विरुद्ध नियमानुसार विभागीय अनुशासनात्मक एवं दण्डात्मक कार्यवाही हेतु प्रकरण प्रमुख सचिव, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उ०प्र० शासन को सन्दर्भित कर किया जायें।

भवदीय

(पंकज कुमार)
मिशन निदेशक

पत्रांक: एस०पी०एम०यू०/ब्लड सर्वि०/ Fund Transfer/2018-19/8301-11 तददिनांक
प्रतिलिपि निम्न को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित—

1. प्रमुख सचिव, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उ०प्र० शासन।
2. महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, उत्तर प्रदेश।
3. महानिदेशक, चिकित्सा शिक्षा, लखनऊ, उत्तर प्रदेश।
4. कुलपति/प्रधानाचार्य सम्बन्धित चिकित्सा संस्थान को इस आशय से कि सम्बन्धित को मुख्य चिकित्साधिकारी से ससमय बजट का स्थानान्तरण सुनिश्चित कराते हुये सम्बन्धित गतिविधियों का क्रियान्वयन सुनिश्चित करने हेतु निर्देशित करने का कष्ट करें।
5. जिलाधिकारी, लखनऊ एवं अलीगढ़, उ०प्र०।
6. निदेशक, चिकित्सा उपचार, स्वास्थ्य महानिदेशालय, उ०प्र०।
7. मण्डलीय अपर निदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, लखनऊ एवं अलीगढ़ मण्डल उ०प्र०।
8. मण्डलीय परियोजना प्रबंधक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन लखनऊ एवं अलीगढ़ मण्डल, उत्तर प्रदेश।
9. रक्तकोष प्रभारी, ब्लड बैंक, के०जी०एम०यू०, लखनऊ एवं जे०एल०एन०, मेडिकल कॉलेज अलीगढ़ उ०प्र०।
10. महाप्रबन्धक, एम०आई०एस०, एस०पी०एम०यू०, एन०एच०एम०, को इस आशय से कि पत्र की प्रति एन०एच०एम० की वेबसाइट—www.upnrhm.gov.in पर अपलोड करने का कष्ट करें।
11. जिला कार्यक्रम प्रबन्धक/जिला लेखा प्रबन्धक, जिला कार्यक्रम प्रबंधन इकाई, लखनऊ एवं अलीगढ़ को ई-मेल के माध्यम से प्रेषित।


(डा० ए०बी० सिंह)
उपमहाप्रबन्धक, ब्लड सेल

PFMS Generated Print Payment Advice

Approval date in PFMS: 23 Oct 2018		Payment Advice No.: C101815573954
Expiry date of PPA PFMS: 02 Nov 2018		Advice Print Date : 23 Oct 2018
PAN No. : TAN No. LKNS08430C		TAN No.:
Note For Branch:		
Contact Details	BANK	PFMS
Name:	Jayashree Pai	
Email :	figs.pfms@sbi.co.in	Helpdesk-pfms@gov.in
Phone No. :	022-27578957	011-23343860
Note:		

The Branch Head
STATE BANK OF INDIA
U.P.CIVIL SECRETARIAT-LUCKNOW Branch

We authorise the bank to debit our undernoted account maintained with the bank with batch amount and credit the beneficiary(ies) [#2] as per ANNEXURE-I uploaded to bank's central system through PFMS O/o CGA.

Bank Account No. 30158314684

Total Amount of Debit : Rs60000000.00

(Amount in words : Six Crores)

Batch No. C101815573954

No. Of Beneficiaries as per Annexure-I.

Agency Seal

.....
(Sign by Authorized Signatory)

Name - Gurjeet Singh Kalsi
Finance Controller

Designation -

Mobile No -

.....
(Sign by Authorized Signatory)

Name - Dr. Niraj Shukla
Addl. Mission Director

Designation -

Mobile No -

Agency's Copy (Branch Acknowledgement)

To,
MFP, SHS, TIERII (B) ADDL.TIES UNDER NRHM

Ref: Account No. 30158314684

Payment Advice Number C101815573954

We confirm having received the captioned advice of credit(s) for payment today for further processing as per arrangement of bank on integrated PFMS-Bank payment system.

No. Of Beneficiaries : 2

Amount (in Rs.) : 60000000.00

Date & Time :

STATE BANK OF INDIA

Branch Seal

Branch Authorized Official

Agency to enter date of delivery in PFMS using option | E-Payment => PPA Submission Status

ANNEXURE -I

(All page to be stamped and initial and last page to be signed in FULL with stamp)

Payment Advice No.: C101815573954

Sr.N o.	Name of Beneficiary	PFMS Txn ID	Account Number	IFSC/IIN/MICR Code	Aadhaar Number	Amount(In Rs.)
1	DISTT HEALTH SOCIETY,(MAIN) OF ALIGARH	C101815573956	xxxxxxxxxxx3085	SBIN0000604		10,000,000.00
2	DISTT.HEALTH SOCIETY,LUCKNOW	C101815573957	xxxxxxxxxxx8146	SBIN0006219		50,000,000.00
Total Amount(Rs)						60000000.00

Please acknowledge and do the needful as prescribed by bank to complete transactions.

PFMS

Gurjeet Singh Kalsi
Finance Controller

Niraj Shukla
Dr. Niraj Shukla
Addl. Mission Director