

**Request for Revival of Policy & Declaration of Good Health**  
**ପଲିସୀର ପୁନର୍ପ୍ରତିଷ୍ଠା ପାଇଁ ଅନୁରୋଧ ଏବଂ ଉତ୍ତମ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟର ଘୋଷଣା**

ପଲିସୀ/ଫର୍ମ୍ ସଂଖ୍ୟା												
ବାମିତଙ୍କ ନାମ												
ଜନ୍ମ ତାରିଖ					ଲିଙ୍ଗ	ପୁରୁଷ <input type="radio"/>	ମହିଳା <input type="radio"/>	ଦୃତୀୟ ଲିଙ୍ଗ <input type="radio"/>				
ବୟସ (ବର୍ଷ)		ବୃତ୍ତି :										
ଆବାସିକ ସ୍ଥିତି <input type="radio"/> ଆବାସୀ ଭାରତୀୟ <input type="radio"/> ଏନ୍‌ଆର୍‌ଆଇ <input type="radio"/> ମୂଳ ଭାରତୀୟ ବ୍ୟକ୍ତି (PIO) <input type="radio"/> ବିଦେଶୀ ଜାତୀୟତା												
ମୂଳ ଭାରତୀୟ ବ୍ୟକ୍ତି :												
ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର					+					ଓଜନ (କେଜିରେ)		
ଇମେଲ୍ ଆଇଡି								ଉଚ୍ଚତା (ସେ.ମି.ରେ)				
ବ୍ୟାଙ୍କ ଆକାଉଣ୍ଟ କ୍ରମାଙ୍କ (ପଲିସୀ ଧାରକ)												
ଆଇଏଫଏସ୍ କୋଡ୍												

1)	ଆପଣ ଏବେ ଉତ୍ତମ ରୂପେ ସୁସ୍ଥ ଅଛନ୍ତି କି? ଯଦି ନା, ଦୟାକରି ନିମ୍ନ ସ୍ଥାନରେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ	<input type="radio"/> ହଁ	<input type="radio"/> ନା
2)	ଗତ ଏକ ବର୍ଷ ମଧ୍ୟରେ, ଆପଣଙ୍କର ଓଜନ 5 କିଲୋଗ୍ରାମରୁ ଅଧିକ ବୃଦ୍ଧି/ହ୍ରାସ ହୋଇଛି କି? ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ନିମ୍ନ ସ୍ଥାନରେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ	<input type="radio"/> ହଁ	<input type="radio"/> ନା
3)	ଏହି ପଲିସୀ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ତାରିଖରୁ କ. ଆପଣ 3 କିମ୍ବା ଅଧିକ ଦିନ ପାଇଁ ଚିକିତ୍ସା ଆବଶ୍ୟକ କରୁଥିବା କୌଣସି ଅସୁସ୍ଥତା/ରୋଗରେ ପୀଡ଼ିତ ହୋଇଥିଲେ କି? ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ନିମ୍ନ ସ୍ଥାନରେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ଖ. ନିକଟ ଭବିଷ୍ୟତରେ କୌଣସି ଶାରୀରିକ, ମାନସିକ କିମ୍ବା ଭାବାବେଗ ଅବସ୍ଥା, ଆଘାତ କିମ୍ବା ଅସୁସ୍ଥତା ପାଇଁ ଆପଣ କୌଣସି ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର କିମ୍ବା ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଭର୍ତ୍ତି ହେବାକୁ କିମ୍ବା ଡାକ୍ତର କିମ୍ବା ପ୍ରାକ୍ତିଶନରଙ୍କୁ ସାକ୍ଷାତ କରିବାକୁ ପରାମର୍ଶ ପାଇଛନ୍ତି କିମ୍ବା ଯୋଜନା କରିଛନ୍ତି କି? ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ନିମ୍ନ ସ୍ଥାନରେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ଗ. ଗଛ ଗତ 5 ବର୍ଷରେ, କାଶ/ଧୂଆଁ ଇତ୍ୟାଦି ଛୋଟ ଛୋଟ ରୋଗ ବ୍ୟତୀତ, ଆପଣ ଡାକ୍ତରଙ୍କ ପରାମର୍ଶରେ କୌଣସି ଚିକିତ୍ସା ପାଇଛନ୍ତି ଏବଂ / ବା କୌଣସି ବଡ଼ ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର କରାଇଥିଲେ ଏବଂ/ବା ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଭର୍ତ୍ତି ହୋଇଛନ୍ତି ଏବଂ/ବା ସିଟି/ଏମ୍‌ଆର୍‌ଆଇ ସ୍କାନ୍, ଆଞ୍ଜିଓଗ୍ରାଫି, ଏଣ୍ଡୋସ୍କୋପି, ବାୟୋପ୍ସି ପରି ପ୍ରମୁଖ ଅନୁସନ୍ଧାନ କରାଯାଇଥିଲା କି? ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ନିମ୍ନ ସ୍ଥାନରେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ	<input type="radio"/> ହଁ	<input type="radio"/> ନା
4)	ଆପଣ ଏହା ଭୋଗୁଛନ୍ତି କିମ୍ବା କେବେ ଭୋଗିଛନ୍ତି କି: ରକ୍ତ ଶର୍କରା ବୃଦ୍ଧି, ଡାଇବେଟିସ୍ ମେଲିଟସ୍, ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ, ହୃଦୟ ରୋଗ, ଫୁସ୍‌ଫୁସ୍, କିଡନୀ, ଯକୃତ, ଆଇରଏଡ୍, ମସ୍ତିଷ୍କ/ସ୍ନାୟୁ ପ୍ରଣାଳୀ, ହାତ/ଗଣ୍ଠି/ମେରୁଦଣ୍ଡ, ଜେନିଟୋରିନରୀ ଟ୍ରାକ୍ଟ, ଶରୀରର କୌଣସି ଅଙ୍ଗ କିମ୍ବା ରକ୍ତ ବ୍ୟାଧି, ହଜମ ପ୍ରକ୍ରିୟା, ସ୍ତ୍ରୀରୋଗ, ବିଶ୍ୱଜ୍ୱଳା, ମାନସିକ ରୋଗ, ଏଡ୍‌ଆଇଭି/ଏଡ୍‌ସ୍ ଏବଂ/ବା ଶରୀରର କୌଣସି ଅଙ୍ଗରେ କର୍କଟ/ଗ୍ୟୁମ୍‌ର। ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ନିମ୍ନ ସ୍ଥାନରେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ	<input type="radio"/> ହଁ	<input type="radio"/> ନା
5)	ଆପଣଙ୍କର ଜୀବନ ବୀମା, ଗୁରୁତର ଅସୁସ୍ଥତା କିମ୍ବା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା ପାଇଁ, କୌଣସି ପ୍ରସ୍ତାବ ପ୍ରତ୍ୟାଖ୍ୟାନ, ଅଗ୍ରାହ୍ୟ, ରଦ୍ଦ, ସ୍ଥଗିତ କରାଯାଇଛି ବା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବା ଜୀବନଶୈଳୀ କାରଣରୁ ଅତିରିକ୍ତ ପ୍ରିମିଅମ ସହିତ ଗ୍ରହଣ କରାଯାଇଛି କି? ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ନିମ୍ନ ସ୍ଥାନରେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ	<input type="radio"/> ହଁ	<input type="radio"/> ନା
6)	ଆପଣଙ୍କୁ ବୃତ୍ତି ସହିତ ଜଡ଼ିତ କୌଣସି ବିଶେଷ ବିପଦର ସମ୍ମୁଖୀନ ହୋଇଛି କି (ଯଥା ରାସାୟନିକ କାରଖାନା, ଖଣି, ବିସ୍ଫୋରକ, କ୍ଷତିକାରକ, ସଂଘର୍ଷାତ୍ମକ କର୍ମବ୍ୟ, ଚୈନ ଅନୁସନ୍ଧାନ, ଉଚ୍ଚ ସମୁଦ୍ର ଯାତ୍ରା ଇତ୍ୟାଦି) ଯାହା ଆପଣଙ୍କ ପାଇଁ ସମ୍ଭବ ଆଘାତ କିମ୍ବା ଅସୁସ୍ଥତା ଆଣିପାରେ? ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ବୃତ୍ତି ପ୍ରସ୍ଥାପନାରେ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ଏବଂ ଏହି ଘୋଷଣା ସହିତ ଦାଖଲ କରନ୍ତୁ।	<input type="radio"/> ହଁ	<input type="radio"/> ନା
7)	ଆପଣ ଜଣେ 'ରାଜନୀତି ସହିତ ଜଡ଼ିତ ବ୍ୟକ୍ତି (PEP) ବା PEP କର ଘନିଷ୍ଠ ସମ୍ପର୍କୀୟ ଅଟନ୍ତି କି? PEP ହେଉଛି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଯିଏକି ପ୍ରମୁଖ ସାମ୍ବଳନିକ କାର୍ଯ୍ୟ, ଯଥା କେନ୍ଦ୍ରୀୟ/ରାଜ୍ୟ ସରକାରଙ୍କ ମୁଖ୍ୟ/ମନ୍ତ୍ରୀ, ବରିଷ୍ଠ ରାଜନେତା, ବରିଷ୍ଠ ସରକାରୀ, ନ୍ୟାୟିକ କିମ୍ବା ସାମରିକ ଅଧିକାରୀ, ସରକାରୀ ବରିଷ୍ଠ କାର୍ଯ୍ୟନିର୍ବାହୀ କର୍ମଚାରୀ, ମହତ୍ତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ରାଜନୈତିକ ବକର ଅଧିକାରୀ, ଉପରୋକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ନିକଟତମ ପରିବାର ସଦସ୍ୟ (ପତି, ପିତାମାତା, ଭାଇଭଉଣୀ, ଶିଶୁ, ପତି-ପତ୍ନୀ ପିତାମାତା କିମ୍ବା ଭାଇଭଉଣୀ ଏବଂ PEP ର ଘନିଷ୍ଠ ସହଯୋଗୀଙ୍କୁ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରିବେ) । ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ନିମ୍ନ ସ୍ଥାନରେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ । ଯଦି ନା, ଭବିଷ୍ୟତରେ ଆପଣଙ୍କର PEP ସ୍ଥିତିରେ ପରିବର୍ତ୍ତନ ହେଲେ, ଆପଣ ଏହି ପରିବର୍ତ୍ତନ ବିଷୟରେ ଏସ୍‌ଆଇ ଲାଇଫ୍‌କୁ ଜଣାଇବେ ।	<input type="radio"/> ହଁ	<input type="radio"/> ନା
8)	ଅପରାଧ୍ୟ ପ୍ରକ୍ରିୟା, ଏଡ୍‌ଆଇଆର୍ କିମ୍ବା ଅପରାଧ ଇତିହାସ । କ. ଆପଣଙ୍କ ବିରୋଧରେ କୌଣସି ଏଡ୍‌ଆଇଆର୍ କିମ୍ବା ଅପରାଧ୍ୟ ଅଭିଯୋଗ କେବେ ପଞ୍ଜୀକୃତ ହୋଇଛି କିମ୍ବା ଦାଖଲ ହୋଇଛି କି? ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ନିମ୍ନ ସ୍ଥାନରେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ଖ. ଅତୀତରେ କିମ୍ବା ବର୍ତ୍ତମାନରେ ଆପଣଙ୍କ ବିରୁଦ୍ଧରେ କୌଣସି ଅପରାଧ୍ୟ ପ୍ରକ୍ରିୟା ଆରମ୍ଭ ହୋଇଛି କି? ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ନିମ୍ନ ସ୍ଥାନରେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ଗ. ଭାରତ କିମ୍ବା ବିଦେଶରେ କୌଣସି ଅପରାଧ୍ୟ ପ୍ରକ୍ରିୟା ଅଧୀନରେ ଆପଣଙ୍କର କୌଣସି ଅପରାଧ୍ୟ ଇତିହାସ ଅଛି କି? ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ନିମ୍ନ ସ୍ଥାନରେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ	<input type="radio"/> ହଁ	<input type="radio"/> ନା

9)	ଆପଣ କୌଣସି ବିପଜ୍ଜନକ କ୍ରୀଡ଼ା, ଅଭ୍ୟାସ, କାର୍ଯ୍ୟକଳାପ କିମ୍ବା ଧନ୍ୟରେ ଅଂଶଗ୍ରହଣ କରୁଛନ୍ତି କିମ୍ବା ଅଂଶଗ୍ରହଣ କରିବାର କୌଣସି ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ରଖୁଛନ୍ତି କି ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟର ପର୍ବତାରୋହଣ, ଡାଇଭିଂ, ରେସିଂ କିମ୍ବା ବିମାନ ଚଳାଚଳ ଫେୟାର ପ୍ରଦାନକାରୀ ଯାତ୍ରାଙ୍କ ବ୍ୟତୀତ ଯାହା କୌଣସି ବି ପ୍ରକାର ବିପଜ୍ଜନକ ହୋଇପାରେ? ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ନିମ୍ନ ସ୍ଥାନରେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ	<input type="radio"/> ହଁ <input type="radio"/> ନା
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------

10)	(କ) ଆପଣ ନିମ୍ନୋକ୍ତ ମଧ୍ୟରୁ କୌଣସିଟି ଖାଉଛନ୍ତି କି?		
	ଉପଯୋଗ ପଦାର୍ଥ	ହଁ/ନା	ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ନିମ୍ନୋକ୍ତ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ
	ତମାଖୁ (ସଗାରେଟ୍, ରୁଠକା ଇତ୍ୟାଦି)	<input type="radio"/> ହଁ <input type="radio"/> ନା	ପରିମାଣ _____ ଷ୍ଟିକ୍/ପ୍ୟାକେଟ୍ ଦୈନିକ
	ମଦ	<input type="radio"/> ହଁ <input type="radio"/> ନା	ମଦର ପ୍ରକାର _____ ଯେପରି ହିଂସା, ବିଅର ଇତ୍ୟାଦି ପରିମାଣ ପ୍ରତି ସପ୍ତାହ _____ ମି.ଲି.
	କୌଣସି ନାର୍କୋଟିକ୍ସ	<input type="radio"/> ହଁ <input type="radio"/> ନା	ଔଷଧର ପ୍ରକାର _____

(ଖ) ଯଦି ଆପଣ ଗତ 1 ବର୍ଷରେ ଉପରୋକ୍ତ କୌଣସିଟି ଛାଡ଼ିଛନ୍ତି, ଦୟାକରି ନିମ୍ନ ସ୍ଥାନରେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ

11)	<b>କେବଳ ମହିଳା ଜୀବନ ପାଇଁ :</b> କ. ଆପଣ ବର୍ତ୍ତମାନ ଗର୍ଭବତୀ କି? ଯଦି ହଁ, ଗର୍ଭଧାରଣର ମାସ କେଉଁଟି _____ ମାସ	<input type="radio"/> ହଁ <input type="radio"/> ନା
	ଖ. ଆପଣ କେବେ ଗର୍ଭାଶୟ, ଗର୍ଭାଶୟ, ଡିମ୍ବାଣୁ, ଗ୍ରନ୍ଥ, ବ୍ରେଷ୍ଟ ଲୁଣ୍ଠ/ସିଷ୍ଟ ଇତ୍ୟାଦି ସହିତ ଜଡ଼ିତ ସ୍ତ୍ରୀରୋଗ ସମ୍ବନ୍ଧିତ କିମ୍ବା ହିଷ୍ଟେରେକ୍ଟୋମି ପରି ସର୍ଜିକାଲ୍ ପଦ୍ଧତି ପାଇଁ କୌଣସି ଅଧିକାରୀ ସମ୍ମୁଖୀନ ହୋଇଛନ୍ତି କିମ୍ବା କୌଣସି ଅନୁସନ୍ଧାନ କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସା କରିଛନ୍ତି କି? ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ନିମ୍ନ ସ୍ଥାନରେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ	<input type="radio"/> ହଁ <input type="radio"/> ନା
12)	ଆପଣଙ୍କର କେବେ ନୋଭେଲ୍ କରୋନା ଭାଇରସ୍ (ସାର୍ସ-CoV-2/କୋଭିଡ-19) ପାଇଁ ପରୀକ୍ଷା କେବେ ପଢ଼ିଛନ୍ତି ଆସିଛି କି? ଯଦି ହଁ, ପଢ଼ିଛନ୍ତି ତିନିବାରରେ ତାରିଖ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ। ଏବଂ ପରବର୍ତ୍ତୀ ପରୀକ୍ଷାଗୁଡ଼ିକର ମଧ୍ୟ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ।	<input type="radio"/> ହଁ <input type="radio"/> ନା
	କ. ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଆପଣ ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଦାଖଲ ହୋଇଥିଲେ କି (ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ସମସ୍ତ ଡାକ୍ତରଖାନା ଦାଖଲ ରିପୋର୍ଟ ଓ ଡିସଚାର୍ଜ୍ ସମ୍ପର୍କିତ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ)	<input type="radio"/> ହଁ <input type="radio"/> ନା
	ଖ. ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଆପଣ କୋଭିଡ-19 ସମ୍ପର୍କିତ କୌଣସି ଜଟିଳତାରେ ଆକ୍ରାନ୍ତ ହୋଇଥିଲେ କି? ଦୟାକରି ଏକ ଭାଷା ଚୟନ କରନ୍ତୁ।	<input type="radio"/> ହଁ <input type="radio"/> ନା

**ଯଦି ଉପରୋକ୍ତ କୌଣସି ପ୍ରଶ୍ନର ଉତ୍ତର “ହଁ” ହୋଇଥାଏ ଦୟାକରି ପ୍ରାସଙ୍ଗିକ ବିବରଣୀ, ସଂଖ୍ୟାକରଣ ଏବଂ ରିପୋର୍ଟମାନ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ।**

**ଉପରୋକ୍ତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ ପାଇଁ ସ୍ଥାନ । ଯଦି ଆବଶ୍ୟକ ହୁଏ, ଦୟାକରି ଏକ ଅତିରିକ୍ତ କାଗଜ ବ୍ୟବହାର କରନ୍ତୁ ଏବଂ ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ ।**

ପ୍ରଶ୍ନ ସଂଖ୍ୟା	ଉପରେ ହଁ ଉତ୍ତର ଥିବା ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକ ପାଇଁ ବିବରଣୀ କିମ୍ବା ଆବଶ୍ୟକ ଅନୁଯାୟୀ କୌଣସି ସୂଚନା

ମୁଁ ଏତଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୋ ଦ୍ୱାରା ବିଆଯାଇଥିବା ଉପରୋକ୍ତ ବିବୃତ୍ତି, ଉତ୍ତର ଏବଂ/ବା ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟତା ସତ୍ୟ ଏବଂ ମୋ ଜ୍ଞାତସାଧାରଣ ସବୁ ଦୃଷ୍ଟିରୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଟେ । ମୁଁ ବୁଝିପାରୁଛି ଯେ ମୋ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସୂଚନା ବାମା ପଲିସାର ପୁନର୍ପ୍ରଚଳନ ପାଇଁ ଆଧାର ସୃଷ୍ଟି କରିବ ଏବଂ ଏହି ଘୋଷଣାମାନାରେ ଥିବା ବିବୃତ୍ତି ଓ/କିମ୍ବା ଗଠନ କରାଯାଇଛି । ଯଦି କୌଣସି ଭୁଲ ତଥ୍ୟ କିମ୍ବା ଭୌତିକ ତଥ୍ୟକୁ ଦବା ଯାଇଥାଏ କିମ୍ବା ଯଦି ଏଥିରେ କୌଣସି ଅସତ୍ୟ ବିବୃତ୍ତି ଥାଏ କିମ୍ବା ଠକେଇ ମାମଲାରେ, ଉକ୍ତ ବୁଦ୍ଧିନୀମା ବାମା ଅଧିନିୟମ, 1938 ର ଧାରା 45 ଅନୁଯାୟୀ ସମୟାନୁସାରେ ସଂଶୋଧିତ ହେବ। ବିଭାଗର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ ଏବଂ ପଲିସା ତାରିଖର ପରିଭାଷା ପାଇଁ, ସମୟକୁ ସମୟ ସଂଶୋଧିତ ଅନୁସାରେ ଦୟାକରି ବାମା ଅଧିନିୟମ, 1938 ର ଧାରା 45 କୁ ଅନୁସରଣ କରନ୍ତୁ ।

ମୁଁ ବୁଝେ ଯେ, ରିଭାଇଭାଲ୍ ବା ପୁନର୍ପ୍ରଚଳନ ଟ୍ୟାକ୍ସ ଏବଂ ବିକଳ ଶୁଳ୍କ ସମେତ ପୂରା ପ୍ରିମିଅମ ଯଦି ଥାଏ, ମୋ ଦ୍ୱାରା ପରିଶୋଧ ନହେବା ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ବିଚାରକୁ ନିଆଯିବ ନାହିଁ। ମୁଁ ସହମତ ଯେ ପଲିସା ଜମାରେ ଥିବା ରାଶି କୌଣସି ସୁଧ ଅର୍ଜନ କରିବ ନାହିଁ, କେବଳ ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ ନିୟମାବଳୀ ଅନୁସାରେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇପାରେ।

ମୁଁ ବୁଝେ ଏବଂ ସହମତ ଯେ ଏହି ପୁନର୍ପ୍ରଚଳନ ଅନୁରୋଧର ଲିଖିତ ଗ୍ରହଣ ନହେବା ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ରିସ୍କ କଭର ଏବଂ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ଲାଭ କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ପୁନଃ ଆରମ୍ଭ ହେବ ନାହିଁ ଏବଂ ପଲିସା ଅନ୍ତର୍ଗତ ଲାଭ ପଲିସାର ସର୍ତ୍ତ ଓ ନିୟମାବଳୀ ଅନୁଯାୟୀ କଟାକଟି ହେବ।

ମୁଁ ବୁଝେ ଯେ ବାମା ବୁଦ୍ଧି ସମୟ ସମୟରେ ସଂଶୋଧିତ ଅନୁସାରେ ସମସ୍ତ ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ ବୈଧାନିକ ନିୟମ ବ୍ୟବସ୍ଥା ଦ୍ୱାରା ପରିଚାଳିତ ହେବ।

ମୁଁ ମୋ ଖର୍ଚ୍ଚରେ ପଲିସାର ପୁନର୍ପ୍ରଚଳନ ପାଇଁ କମ୍ପାନୀ ଆବଶ୍ୟକ କରୁଥିବା ସମସ୍ତ ଡାକ୍ତରୀ ପରୀକ୍ଷା କରାଇବାର ପ୍ରତିଶ୍ରୁତି ପ୍ରଦାନ କରୁଛି।

\_\_\_\_\_

ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର  
ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ନାମ ଏବଂ ଠିକଣା

ଟିପ୍ପଣୀ/ବାମିତ ବ୍ୟକ୍ତି/ପଲିସା ଧାରକଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର  
(ବାମିତ ନାବାଳର ହେବା ସ୍ଥିତିରେ, ଟିପ୍ପଣୀ/ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର ଆବଶ୍ୟକ)

ସ୍ଥାନ : \_\_\_\_\_ ତାରିଖ : \_\_\_\_\_

**ଯେବେ ପଲିସାଧାରକ ମାତୃଭାଷା ସ୍ୱାକ୍ଷର କରନ୍ତି କିମ୍ବା ଟିପ୍ପଣୀ ଦିଅନ୍ତି ସେତେବେଳେ ଘୋଷଣା କରାଯିବ :**

ମୁଁ ଏତଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୁଁ \_\_\_\_\_ ଭାଷାରେ ବାମାକୁ ପଲିସାଧାରକ/ସଦସ୍ୟଙ୍କୁ ଏହି ଫର୍ମର ବିଷୟବସ୍ତୁ ପଢ଼ି ଶୁଣାଇଛି ଏବଂ ବ୍ୟାଖ୍ୟା କରିଛି, ଉତ୍ତରଗୁଡ଼ିକ ପ୍ରକୃତରେ ଏବଂ ସଠିକ୍ ଭାବରେ ରେକର୍ଡ୍ କରାଯାଇଛି ଏବଂ ବାମାକୁ ପଲିସାଧାରକ/ସଦସ୍ୟ ଏହାର ବିଷୟବସ୍ତୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବୁଝିବା ପରେ ମୋ ଉପସ୍ଥିତିରେ ଫର୍ମରେ ତାଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ/ଅର୍ଥ ଲକ୍ଷ୍ୟ ସ୍ୱୀକାର କରିଛନ୍ତି, ଏବଂ ଯଦି କୌଣସି ଭୁଲ ତଥ୍ୟ କିମ୍ବା ମହତ୍ତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ତଥ୍ୟ ଦବାଇ ଥାନ୍ତି କିମ୍ବା ଯଦି ଏଥିରେ କୌଣସି ଅସତ୍ୟ ବିବୃତ୍ତି ଥାଏ କିମ୍ବା ଠକେଇ ମାମଲାରେ, ଉକ୍ତ ବୁଦ୍ଧିନୀମାକୁ ସମୟ ସମୟରେ ସଂଶୋଧିତ ହେଉଥିବା ବାମା ଅଧିନିୟମ 1938 ର ଧାରା 45 ର ନିୟମାନୁଯାୟୀ ବ୍ୟବହାର କରାଯିବ।

ଘୋଷଣାକାରୀଙ୍କ ନାମ ଏବଂ ଠିକଣା : \_\_\_\_\_

ଘୋଷଣାକାରୀଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ