सत्यमेव जयते

स्व-घोषणा प्रारूप

स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार

सभी अंतरराष्ट्रीय यात्रियों द्वारा भरा जाए तथा *स्वास्थ्य एवं आप्रवासन (इमिग्रेशन) काउंटर पर प्रस्तुत किया जाए

भाग-I: व्यक्तिगत जानकारी

विवरण	जानकारी	
यात्री का नाम:		आयु (वर्षों में):
राष्ट्रीयता:		पासपोर्ट संख्या:
फ़ोन नंबर (भारत में – अनिवार्य):		वैकल्पिक नंबर (भारत):
ईमेल आईडी:		
उड़ान संख्या:		सीट संख्या:
आगमन की तिथि एवं समय:		कहाँ से आ रहे हैं (स्थान):
अंतिम गंतव्य (स्थान):		
भारत में प्रवास के दौरान यात्रा किए जाने वाले स्थान:		

भाग – II: यात्रा का इतिहास

क्या आपने पिछले 21 दिनों में इबोला-प्रभावित देशों* की यात्रा की है अथवा वहाँ से ट्रांज़िट किया है? ***कांगो लोकतांत्रिक गणराज्य*** ☐ ***युगांडा*** ☐ ***दक्षिण सूडान*** ☐ ***केन्या*** ☐	☐ हाँ ☐ नहीं

यदि भाग-II **में उपर्युक्त प्रश्न का उत्तर "हाँ" है, तो भाग**-III **एवं** IV **भरें, अन्यथा सीधे भाग**-V **पर जाएँ।**

भाग-III: स्वास्थ्य घोषणा

विवरण	जानकारी
क. **संपर्क का इतिहास**: क्या आप अथवा आपके परिवार का कोई सदस्य इबोला रोग के किसी मामले की देखभाल कर चुका है, उसके साथ रह चुका है या उसके संपर्क में आया है; अथवा किसी ऐसे अस्पताल में गया है या कार्य कर चुका है जहाँ इबोला रोग के मामलों का उपचार होता है; अथवा इबोला रोग से मृत किसी व्यक्ति/पशु के अंतिम संस्कार में सम्मिलित हुआ है?	☐ हाँ ☐ नहीं
ख. **वर्तमान में लक्षण**	☐ वर्तमान में कोई नहीं ☐ बुखार ☐ मांसपेशियों में दर्द ☐ सिरदर्द ☐ उल्टी ☐ दस्त ☐ गले में खराश ☐ त्वचा पर चकत्ते

भाग-IV: भारत में संपर्क पता (अगले 21 दिनों में ठहरने का पता) – भारतीय नागरिकों के लिए

पते का विवरण	जानकारी
मकान संख्या:	
गली / गाँव:	
तहसील, जिला / शहर:	
राज्य :	
पिन कोड:	

विदेशी नागरिकों के लिए

निवास / होटल / अस्पताल (भारत में):	
मूल देश में निवास का पता:	

भाग-V: यात्री द्वारा घोषणा

मैं एतद्द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि ऊपर दी गई जानकारी मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य एवं सही है। मैं समझता/समझती हूँ कि प्रासंगिक जानकारी को छिपाने अथवा प्रकट न करने पर लागू विधियों के अंतर्गत दंडात्मक प्रावधान लागू हो सकते हैं।

मैं क्वारंटीन संबंधी उपायों तथा स्वास्थ्य प्राधिकारियों द्वारा जारी किसी भी अन्य निर्देश का पालन करने के लिए सहमत हूँ, जिनमें निर्धारित चिकित्सा परीक्षण, निगरानी, पृथक-वास (आइसोलेशन) अथवा क्वारंटीन शामिल हैं।

यात्री के हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____

महत्वपूर्ण परामर्श : यदि इस हवाई अड्डे से प्रस्थान के 21 दिनों के भीतर आपको बुखार, मांसपेशियों में दर्द, सिरदर्द, उल्टी, दस्त, गले में खराश या त्वचा पर चकत्ते जैसे लक्षण उत्पन्न हों, तो अपनी बाहरी आवाजाही सीमित रखें तथा तुरंत निकटतम स्वास्थ्य सुविधा केंद्र अथवा सार्वजनिक स्वास्थ्य प्राधिकारी से संपर्क करें, साथ ही **हेल्पलाइन नंबर- 1075** ***एवं आईडीएसपी अलर्ट ईमेल आईडी:*** ***idsp-alert@nic.in***

**** विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) द्वारा समय-समय पर अद्यतन किए जाने तथा आंतरिक जोखिम आकलन के आधार पर देशों को इस सूची में जोड़ा जाएगा।***