

स्व-घोषणा पत्र

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

सभी अंतर्राष्ट्रीय यात्रियों द्वारा भरा जाने वाला स्व-घोषणा पत्र
(स्वास्थ्य एवं आब्रजन काउंटर पर प्रस्तुत किया जाना है)
भाग - I: व्यक्तिगत जानकारी

| विवरण | जानकारी |
|--|---------|
| यात्री का नाम | |
| उड़ान संख्या | |
| सीट संख्या | |
| पासपोर्ट संख्या | |
| राष्ट्रीयता | |
| आयु (वर्षों में) | |
| आगमन की तिथि एवं समय | |
| यात्रा का मूल स्थान | |
| अंतिम गंतव्य स्थान | |
| भारत में प्रवास के दौरान भ्रमण किए जाने वाले स्थान | |

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

| विवरण | जानकारी |
|--|---------|
| मकान नंबर | |
| गली / गाँव | |
| तहसील, ज़िला / शहर | |
| राज्य | |
| पिन कोड | |
| मोबाइल नंबर (अनिवार्य, बेहतर होगा कि भारतीय नंबर हो) | |
| भारत में वैकल्पिक मोबाइल नंबर | |
| ईमेल ID | |

विदेशी नागरिकों के लिए

| विवरण | जानकारी |
|--|---------|
| निवास/होटल/अस्पताल (भारत में) | |
| मूल देश का आवासीय पता | |
| भारत में संपर्क मोबाइल नंबर (अनिवार्य) | |
| भारत में वैकल्पिक संपर्क नंबर | |
| ईमेल ID | |

भाग - III: यात्रा और स्वास्थ्य की घोषणा

क. क्या आपने पिछले 21 दिनों में प्रभावित देशों* का दौरा किया है/वहां से होकर गुजरे हैं?

हां नहीं

ख. संपर्क की सूचना

क्या आप या आपके परिवार के किसी सदस्य ने इबोला बीमारी के मरीज की देखभाल की है, उसके साथ रहे हैं, या उसके संपर्क में आए हैं? क्या आपने ऐसे किसी अस्पताल का दौरा किया है या वहां काम किया है जहां इबोला बीमारी के मरीजों का इलाज चल रहा है? या क्या आप इबोला बीमारी से मरे किसी व्यक्ति/जानवर के अंतिम संस्कार में शामिल हुए हैं?

हां नहीं

ग. वर्तमान लक्षण

अभी कोई लक्षण नहीं बुखार मांसपेशियों में दर्द सिरदर्द उल्टी दस्त गले में खराश चकत्ते

यात्री द्वारा घोषणा

मैं इसके द्वारा यह घोषणा करता/करती हूँ कि ऊपर दी गई जानकारी मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार पूरी तरह से सत्य और सही है। मैं समझता/समझती हूँ कि प्रासंगिक जानकारी को छिपाने या उसका खुलासा न करने पर, लागू कानूनों के तहत दंडात्मक प्रावधानों का सामना करना पड़ सकता है।

मैं स्वास्थ्य अधिकारियों द्वारा जारी किए गए कारंटाइन उपायों और/या किसी भी अन्य निर्देशों का पालन करने के लिए सहमत हूँ, इसमें निर्धारित अनुसार चिकित्सा परीक्षण, निगरानी, आइसोलेशन या कारंटाइन शामिल हैं।

यात्री के हस्ताक्षर: _____

दिनांक: _____

महत्वपूर्ण परामर्श

यदि इस हवाई अड्डे से निकलने के 21 दिनों के भीतर आपको बुखार, मांसपेशियों में दर्द, सिरदर्द, उल्टी, दस्त, गले में खराश या शरीर पर चकत्ते जैसे लक्षण दिखाई देते हैं, तो अपनी बाहरी गतिविधियों को सीमित रखें और तुरंत निकटतम स्वास्थ्य केंद्र या सार्वजनिक स्वास्थ्य प्राधिकरण तथा हेल्पलाइन नंबर: **1025** से संपर्क करें।

* डेमोक्रेटिक रिपब्लिक ऑफ कांगो, युगांडा और दक्षिण सूडान (ये वे देश हैं जिन्हें WHO द्वारा समय-समय पर अपडेट किया जाता है और जो आंतरिक जोखिम मूल्यांकन पर आधारित हैं)

Self -Declaration Format (SDF)

Directorate General of Health Services, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India

SELF DECLARATION FORM TO BE FILLED BY ALL INTERNATIONAL PASSENGERS (TO BE PRESENTED AT THE HEALTH & IMMIGRATION COUNTER)

PART-I: PERSONAL INFORMATION

| Details | Information |
|---|-------------|
| Name of the Passenger | |
| Flight Number | |
| Seat Number | |
| Passport Number | |
| Nationality | |
| Age (in years) | |
| Date & Time of Arrival | |
| Port of Origin of Journey | |
| Port of Final Destination | |
| Places to be Visited During Stay in India | |

PART- II: CONTACT ADDRESS IN INDIA (Address of Stay During the Next 21 Days) For Indian Nationals

| Details | Information |
|--|-------------|
| House Number | |
| Street /Village | |
| Tehsil, District /City | |
| State | |
| PIN Code | |
| Mobile Number(Mandatory, preferably an Indian Number) | |
| Alternate Mobile Number in India | |
| Email ID | |

For Foreign Nationals

| Details | Information |
|--|-------------|
| Residence/ Hotel/Hospital (in India) | |
| Residence Address of Country of Origin | |
| Contact Mobile Number in India (Mandatory) | |
| Alternate Contact Number in India, | |
| Email ID | |

PART – III: TRAVEL AND HEALTH DECLARATION

A. Have you visited/transited from affected countries* in the Last 21 Days

Yes No

B. Exposure History Have you or any of your family member cared for or lived with or come in contact with a case of Ebola disease or visited or worked in a hospital where cases of Ebola disease are being treated or attended the funeral of person/animal died of Ebola disease.

Yes No

C. Symptoms at Present

None at present Fever Muscle Pain Headache Vomiting Diarrhea Sore Throat Rash

DECLARATION BY PASSENGER

I hereby declare that the information provided above is true and correct to the best of my knowledge and belief. I understand that suppression or non-disclosure of relevant information may attract penal provisions under applicable laws.

I agree to comply with quarantine measures and/or any other instructions issued by health authorities, including medical examination, monitoring, isolation, or quarantine as prescribed.

Signature of Passenger: _____ Date: _____

IMPORTANT ADVISORY

If you develop symptoms such as fever, muscle pain, headache, vomiting, Diarrhea, sore throat or rash within 21 days of leaving this airport, restrict your outdoor movement and immediately contact the nearest health facility or public health authority and helpline number- 1075.

* Democratic Republic of Congo Uganda and South Sudan (Countries as updated by WHO from time to time and based on internal risk assessment)