

विशेष सहायता के इच्छुक यात्रियों के लिए सूचना-पत्र
Information Sheet For Passengers Requiring Special Assistance

1.	नाम / प्रथम नाम / उपनाम	Name / First name / Title	
2.	यात्री नाम रिकॉर्ड (पीएनआर) :	Passenger name record (PNR)	
3.	प्रस्तावित यात्राक्रम :	Proposed itinerary	
	एयरलाइन(नें), उड़ान संख्या	Airline (s), flight number(s)	
	श्रेणी(श्रेणियाँ), तारीख(खें), सेगमेंट	Class(es), date(s), segment(s)	
4.	अपंगता का स्वरूप	Nature of disability :	
5.	क्या विमान पर स्ट्रेचर की आवश्यकता है?	Stretcher needed on board	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
6.	अभिप्रेत एस्कॉर्ट	Intended escorts	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
	नाम Name :	उपनाम Title	आयु Age
	पीएनआर, यदि भिन्न है	PNR if different :	
	चिकित्सा अर्हता	Medical qualification :	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
	बोलचाल की भाषा	Language spoken	
7.	व्हीलचेयर की आवश्यकता	Wheelchair needed :	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
	व्हीलचेयर श्रेणियाँ	Wheelchair categories	
	डब्ल्यूसीएचआर WCHR <input type="checkbox"/>	डब्ल्यूसीएचएस WCHS <input type="checkbox"/>	डब्ल्यूसीएचसी WCHC <input type="checkbox"/>
	निजी व्हीलचेयर	Own wheelchair	<input type="checkbox"/>
	कोलेप्सिबल डब्ल्यूसीओबी	Collapsible WCOB	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
	व्हीलचेयर का प्रकार	Wheelchair Type :	
	डब्ल्यूसीएचआर WCBD <input type="checkbox"/>	डब्ल्यूसीबीडब्ल्यू WCBW <input type="checkbox"/>	डब्ल्यूसीएमपी WCMP <input type="checkbox"/>

<p>8. क्या एम्बुलेंस की जरूरत है (एयरलाइन द्वारा व्यवस्था की जाए) यदि हाँ, गंतव्य स्थान का पता लिखें</p>	<p>Ambulance needed (to be arranged by the Airline)</p> <p>If yes, specify destination address</p>	<p>हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/></p>	
<p>यदि नहीं, एम्बुलेंस कंपनी का संपर्क नं. लिखें</p>	<p>If no, specify ambulance company contact</p>		
<p>9. मिलें तथा सहायता करें यदि व्यक्ति मनोनीत है, तो संपर्क नं. लिखें</p>	<p>Meet and assist :</p> <p>If designated person, specify contact :</p>	<p>हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/></p>	
<p>10 अन्य स्थल व्यवस्थाएँ यदि हाँ, निर्दिष्ट करें प्रस्थान एअरपोर्ट ट्रांसिट एअरपोर्ट आगमन एअरपोर्ट</p>	<p>Other ground arrangements needed</p> <p>If yes, specify</p> <p>Departure airport :</p> <p>Transit airport</p> <p>Arrival airport</p>	<p>हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/></p>	
<p>11. उड़ान के दौरान अपेक्षित विशेष व्यवस्थाएँ यदि हाँ, व्यवस्था के प्रकार का उल्लेख करें (यथा विशेष भोजन, अतिरिक्त सीट, लेग रेस्ट, बैठने की विशेष सुविधा)</p>	<p>Special inflight arrangements needed</p> <p>If yes, specify type of arrangements (special meal, extra seat, leg rest, special seating)</p>	<p>हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/></p>	
<p>उपस्कर का उल्लेख करें (रेस्पिरेटर, इनक्यूबेटर, ऑक्सिजन आदि)</p>	<p>Specify equipment (respirator, incubator, oxygen, etc)</p>		
<p>व्यवस्था करने वाली कंपनी का नाम व जिसके व्यय पर की जानी है, उनका उल्लेख करें</p>	<p>Specify arranging company and at whose expense</p>		
<p>12. फ्रिक्वेंट यात्री चिकित्सा कार्ड (फ्रेमेक) यदि हाँ, फ्रेमेक नं., जारीकर्ता, समाप्ति की तारीख का उल्लेख करें</p>	<p>Frequent traveller medical card (FREMEC)</p> <p>If yes, specify</p> <p>FREMEC number, issued by, expiry date</p>	<p>हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/></p>	

संकल्प RESOLUTION 700

अनुलग्नक 'ख' - भाग -1

Attachments 'B' -Part 1



चिकित्सीय क्लीयरेंस की आवश्यकता वाले यात्रियों के लिए सूचना-पत्र (उपचार करने वाले चिकित्सक द्वारा पूरी तरह से भरा या प्राप्त किया जाए)	Information Sheet For Passengers Requiring Medical Clearance (to be completed or obtained from the attending physician)
--	---

1. मरीज़ का नाम	Patient's name				
<table border="1"> <tr> <td>जन्म तारीख Date of Birth :</td> <td>लिंग Sex:</td> <td>ऊंचाई Height :</td> <td>वज़न Weight :</td> </tr> </table>		जन्म तारीख Date of Birth :	लिंग Sex:	ऊंचाई Height :	वज़न Weight :
जन्म तारीख Date of Birth :	लिंग Sex:	ऊंचाई Height :	वज़न Weight :		

2. उपचार करने वाला चिकित्सक	Attending physician				
<table border="1"> <tr> <td>ई मेल E-Mail :</td> <td>फ़ैक्स नं. FAX No.</td> </tr> <tr> <td>टेलीफोन नं.(मोबाइल नं. देना बेहतर होगा), देश तथा क्षेत्र कोड सूचित करें Telephone (Mobile No. preferred), indicate country and area code</td> <td></td> </tr> </table>		ई मेल E-Mail :	फ़ैक्स नं. FAX No.	टेलीफोन नं.(मोबाइल नं. देना बेहतर होगा), देश तथा क्षेत्र कोड सूचित करें Telephone (Mobile No. preferred), indicate country and area code	
ई मेल E-Mail :	फ़ैक्स नं. FAX No.				
टेलीफोन नं.(मोबाइल नं. देना बेहतर होगा), देश तथा क्षेत्र कोड सूचित करें Telephone (Mobile No. preferred), indicate country and area code					

3. निदान (विद्यमान बीमारी, एपीसोड अथवा दुर्घटना एवं उपचार की तारीख सहित,यदि सांसर्गिक है, तो उल्लेख करें)	Diagnosis (including date of onset of current illness, episode or accident and treatment, specify if contagious)		
<table border="1"> <tr> <td>हाल ही में हुई तथा / अथवा संबंधित शल्य-चिकित्सा का स्वरूप एवं तारीख</td> <td>Nature of any recent and / or relevant surgery and date</td> </tr> </table>		हाल ही में हुई तथा / अथवा संबंधित शल्य-चिकित्सा का स्वरूप एवं तारीख	Nature of any recent and / or relevant surgery and date
हाल ही में हुई तथा / अथवा संबंधित शल्य-चिकित्सा का स्वरूप एवं तारीख	Nature of any recent and / or relevant surgery and date		

4. विद्यमान लक्षण तथा गंभीरता	Current symptoms and severity	
<table border="1"> <tr> <td></td> </tr> </table>		

5. क्या ऑक्सिजन के परिवेशी आंशिक दबाव (संबंधित हाइपोक्सिया) में 25% से 30% की कमी यात्री की चिकित्सा स्थिति को प्रभावित करेगी? (केबिन दबाव समुद्र तल से 2400 मीटर (8000 फीट) की ऊंची पहाड़ी तक शीघ्रता से जाकर आने के समान होना चाहिए।)	<table border="1"> <tr> <td>हाँ <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>नहीं <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>निश्चित नहीं <input type="checkbox"/> Not Sure</td> </tr> </table>	हाँ <input type="checkbox"/> Yes	नहीं <input type="checkbox"/> No	निश्चित नहीं <input type="checkbox"/> Not Sure	Will a 25% to 30% reduction in the ambient partial pressure of oxygen (relative hypoxia) affect the passengers medical condition? (Cabin pressure to be the equivalent of a fast trip to a mountain elevation of 2400 meters (8000 feet) above sea level)
हाँ <input type="checkbox"/> Yes					
नहीं <input type="checkbox"/> No					
निश्चित नहीं <input type="checkbox"/> Not Sure					

6. अतिरिक्त चिकित्सीय जानकारी	Additional clinical information	यहाँ टिक करें <input type="checkbox"/> Tick Here
क) एनीमिया यदि हाँ, तो हाल ही का हेमोग्लोबिन निष्कर्ष ग्राम दें	a) Anemia If yes, give recent result in grams of hemoglobin _____	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
ख) मनोचिकित्सीय तथा दौरे की व्याधि यदि हाँ, तो भाग 2 देखें	b) Psychiatric & seizure disorder If yes, see part 2	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
ग) हृदय स्थिति यदि हाँ, तो भाग 2 देखें	c) Cardiac condition If yes, see part 2	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>

घ) सामान्य मूत्राशय नियंत्रण यदि नहीं, तो नियंत्रण का प्रकार दें	d) Normal bladder control If no, give mode of control _____	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
ड) सामान्य बाउल नियंत्रण	e) Normal bowel control	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
च) रेस्पिरेटरी स्थिति यदि हाँ, तो भाग 2 देखें	f) Respiratory condition If yes, see part 2	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
छ) क्या मरीज घर पर ऑक्सिजन का प्रयोग करता है ? यदि हाँ, तो मात्रा का उल्लेख करें	g) Does the patient use oxygen at home ? If yes, Specify how much : _____	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
ज) क्या उड़ान में ऑक्सिजन की आवश्यकता है? यदि हाँ, तो उल्लेख करें 2 एलपीएम 2LPM <input type="checkbox"/> 4 एलपीएम 4LPM <input type="checkbox"/> अन्य Other <input type="checkbox"/> -----	h) Oxygen needed in flight? If yes, Specify :	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>

7. एस्कॉर्ट

Escort

क) क्या यात्री अकेले यात्रा करने के लिए स्वस्थ है?	a) Is the patient fit to travel unaccompanied?	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
ख) यदि नहीं, तो क्या (विमान में चढ़ने तथा उतरने के लिए एयरलाइन द्वारा उपलब्ध) "मिलें एवं सहायता करें" पर्याप्त होगा?	b) If no, would a meet-and-assist (provided by the airline to embark and disembark) be sufficient?	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
ग) यदि नहीं, तो क्या मरीज के साथ विमान में उसकी आवश्यकताओं का ध्यान रखने के लिए निजी एस्कॉर्ट होगा?	c) If no, will the patient have a private escort to take care of his / her needs onboard?	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
घ) यदि हाँ, तो यात्री को कौन एस्कॉर्ट करेगा ? डॉक्टर Doctor <input type="checkbox"/> नर्स Nurse <input type="checkbox"/> अन्य Other <input type="checkbox"/> _____	d) If yes, who should escort the passenger?	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
ड) यदि अन्य है, तो क्या उपर्युक्त आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए एस्कॉर्ट पूरी तरह से सक्षम है?	f) If other, is the escort fully capable to attend to all the above needs?	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>

8. चलने-फिरने की क्षमता

Mobility

क) बिना सहायता के चलने में समर्थ है	a) Able to walk without assistance	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
ख) बोर्डिंग के लिए व्हीलचेयर की जरूरत विमान तक to aircraft <input type="checkbox"/> सीट तक to seat <input type="checkbox"/>	b) Wheelchair required for boarding	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>

9. औषधि सूची

Medication list

10. अन्य चिकित्सा जानकारी

Other medical information

संकल्प RESOLUTION 700

अनुलग्नक 'ख' – भाग -2

Attachments 'B' -Part 2



चिकित्सीय क्लीयरेंस की आवश्यकता वाले यात्रियों के लिए सूचना-पत्र (उपचार करने वाले चिकित्सक द्वारा भरा या प्राप्त किया जाए)	Information Sheet For Passengers Requiring Medical Clearance (to be completed or obtained from the attending physician)
---	---

1	कार्डियाक स्थिति	Cardiac condition	
----------	-------------------------	--------------------------	--

क) एंजाइना	a) Angina	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
* क्या स्थिति स्थिर है	* Is the condition stable?	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
पिछला एपिसोड कब हुआ था?	When was last episode?	
* मरीज़ का फंक्शनल क्लास	* Functional class of the patient?	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
कोई लक्षण नहीं	No symptoms	<input type="checkbox"/>
अधिक परिश्रम से एंजाइना	Angina with important efforts	<input type="checkbox"/>
हल्के प्रयासों से एंजाइना	Angina with light efforts	<input type="checkbox"/>
विश्राम के समय एंजाइना	Angina at rest	<input type="checkbox"/>
* क्या मरीज़ सामान्य गति से 100 मीटर तक चल सकता है अथवा 10-12 सीढ़ियाँ बिना किसी परेशानी चढ़ सकता है?	* Can the patient walk 100 meters at a normal pace or climb 10-12 stairs without symptoms?	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>

ख) मायोकार्डियल इन्फार्क्शन	b) Myocardial infarction	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
जांच-तारीख	Date :	
* कोम्प्लीकेशन	* Complication?	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
यदि हाँ, तो विवरण दें	If yes, give details	
* स्ट्रेस ईकेजी किया है?	* Stress EKG done?	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
यदि हाँ, परिणाम क्या था?	If yes, what was the result?	_____ Metz मेट्रज
यदि एंजियोप्लास्टी अथवा कोरोनरी बायपास किया है, तो क्या मरीज़ सामान्य गति से 100 मीटर तक चल सकता है अथवा 10-12 सीढ़ियाँ बिना किसी परेशानी चढ़ सकता है?	* If angioplasty or coronary bypass, Can the patient walk 100 metres at a normal pace or climb 10-12 stairs without symptoms?	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>

ग) कार्डिक फेल्युअर	c) Cardiac failure :	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
पिछला एपिसोड कब हुआ था?	When was last episode?	
* क्या औषधि से मरीज़ नियंत्रित है ?	* Is the patient controlled with medication?	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
* मरीज़ का फंक्शनल क्लास	* Functional class of the patient?	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
कोई लक्षण नहीं	No symptoms	<input type="checkbox"/>
अधिक परिश्रम से सांस फूलना	Shortness of breath with important efforts	<input type="checkbox"/>
हल्के परिश्रम से सांस फूलना	Shortness of breath with light efforts	<input type="checkbox"/>
आराम के समय सांस फूलना	Shortness of breath at rest	<input type="checkbox"/>

घ) सिनकोप	d) Syncope	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
पिछला एपिसोड	Last episode	
जांच	Investigation	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
यदि हाँ, परिणाम क्या था?	If yes, state results	

2.	दीर्घकालिक फुफ्फुसीय स्थिति	Chronic Pulmonary Condition	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
	क) क्या मरीज को हाल ही में आर्टिरियल गैसेस हुई है	a.) Has the patient had recent arterial gases	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
	ख) ब्लड गैसेस कैसे लिए गए थे : रूम एअर <input type="checkbox"/> Room air एलपीएम <input type="checkbox"/> LPM ऑक्सिजन <input type="checkbox"/> Oxygen	b.) Blood gases were taken on	
	यदि हाँ, तो परिणाम क्या थे ? सैचुरेशन Saturation _____	If yes, what were the results? जांच-तारीख Date of exam _____	पीसीओ ₂ Pco ₂ <input type="checkbox"/> पीओ Po ₂ <input type="checkbox"/>
	ग) क्या मरीज सीओ ₂ रिटेन करता है?	c.) Does the Patient retain co ₂ ?	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
	घ) क्या हाल ही में उसकी स्थिति बिगड़ी है ?	d.) Has his / her condition deteriorated recently?	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
	च) क्या मरीज सामान्य गति से 100 मीटर तक चल सकता है अथवा 10-12 सीढ़ियाँ बिना किसी परेशानी चढ़ सकता है?	e.) Can the patient walk 100 metres at a normal pace or climb 10-12 stairs without symptoms?	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
	छ) क्या इस स्थिति में मरीज ने कभी वाणिज्यिक विमान से यात्रा की है ?	f.) Has the patient ever taken a commercial aircraft in these same condition?	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
	* यदि हाँ, तो कब?	* If yes, when?	
	* क्या मरीज को तकलीफ हुई थी?	* Did the patient have any problems?	

3.	मनोचिकित्सीय स्थिति	Psychiatric conditions :	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
	क) क्या उड़ान के दौरान मरीज के उपद्रवी होने की संभावना है?	a.) Is there a possibility that the patient will become agitated during flight	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
	ख) क्या उसने इससे पूर्व वाणिज्यिक विमान से यात्रा की है?	b.) Has he / she taken a commercial aircraft before	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
	* यदि हाँ, तो यात्रा की तारीख	* If yes, date of travel?	
	क्या मरीज ने यात्रा की ?	Did the patient travel?	अकेले <input type="checkbox"/> alone एस्कॉर्ट-साथ <input type="checkbox"/> escorted

4.	दौरा पड़ना	Seizure :	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>
	क) किस प्रकार के दौरें?	a.) What type of seizures?	
	ख) दौरों की बारंबारिता	b.) Frequency of the seizures	
	ग) पिछला दौरा कब पड़ा था?	c.) When was the last seizure?	
	घ) क्या औषधि से बीमारी के दौरें नियंत्रित हो जाते हैं?	d.) Are the seizures controlled by medication ?	हाँ Yes <input type="checkbox"/> नहीं No <input type="checkbox"/>

5.	यात्रा के लिए मरीज के स्वास्थ्य का पूर्वानुमान	Prognosis for the trip	ठीक Good <input type="checkbox"/> ठीक नहीं Poor <input type="checkbox"/>
----	---	-------------------------------	--

तारीख **Date:**

चिकित्सक के हस्ताक्षर **Physician Signature :**

नोट : कैबिन परिचारक अन्य यात्रियों को दी जाने वाली उनकी सेवाओं के अहित में किसी विशिष्ट व्यक्ति को विशेष सहायता (उदा. उठाना) प्रदान करने के लिए प्राधिकृत नहीं हैं। इसके अलावा ये केवल प्रथमोपचार के लिए प्रशिक्षित हैं तथा कोई इंजेक्शन अथवा औषधि देने की उन्हें अनुमति नहीं है।	Note : Cabin attendants are not authorized to give special assistance (e.g. lifting) to particular passengers, to the detriment of their service to other passengers. Additionally, they are trained only in first aid and are not permitted to administer any injection, or to give medication.
महत्वपूर्ण : उपर्युक्त जानकारी और वाहक द्वारा उपलब्ध कराए गए विशेष उपस्कर के प्रावधान से सुसंगत से यदि कोई शुल्क हो, तो उसका भुगतान संबंधित यात्री द्वारा किया जाएगा।	Important : Fees, if any, relevant to the provision of the above information and for carrier-provided special equipment are to be paid by the passenger concerned.

<p>यात्री का घोषणा-पत्र</p> <p>(जहाँ आवश्यकता हो इसे यात्री द्वारा पढ़ा जाए या उसे पढ़ कर सुनाया जाए और उस पर यात्री अथवा पढ़ कर सुनाने वाले व्यक्ति द्वारा तारीख सहित हस्ताक्षर किए जाएं ।)</p> <p>-----</p> <p>मैं एतद्वारा मेरे द्वारा चुने गए चिकित्सक को मेरे स्वास्थ्य की स्थिति पर उसके व्यावसायिक विवेकानुसार एयरलाइनों के चिकित्सा विभागों को मेरे स्वास्थ्य की स्थिति पर ऐसे विवरण को उस सीमा तक प्रकट करने की अनुमति देता/देती हूँ, जितनी कि हवाई यात्रा के लिए मेरी चिकित्सा स्वस्थता पर एयरलाइनों को निर्णय लेने के लिए आवश्यक हो । ऐसे चिकित्सक के शुल्क का भुगतान मेरे द्वारा किया जाएगा एवं ऐसे चिकित्सा विभागों के निर्णयों को मैं अंतिम रूप से स्वीकार करूंगा /करूंगी । यदि परिवहन के लिए स्वीकार किया गया तो अधोहस्ताक्षरी एतद्वारा संबंधित एयरलाइनों, उनके प्रतिनिधियों तथा एजेंटों को हवाई मार्ग से परिवहन के परिणामस्वरूप उसकी तबियत बिगड़ने के संबंध में होने वाले नुकसान के सभी दावों के लिए उत्तरदायी नहीं ठहराएगा । विधिक विवाद के मामलों में अधोहस्ताक्षरी को साबित करना होगा कि होने वाला ऐसा नुकसान पूर्णतः अथवा आंशिक रूप से उसकी शारीरिक, मानसिक अथवा चिकित्सा स्थिति के कारण नहीं हुआ है । इसके अलावा अधोहस्ताक्षरी, सभी अतिरिक्त लागतों का भुगतान करने की भी सहमति देता/देती है तथा उसके परिवहन के सभी चरणों में एयरलाइनों अथवा तीसरे पक्षकारों द्वारा उठाए जाने वाले सभी नुकसानों के लिए उत्तरदायी होगा/होगी ।</p> <p>अधोहस्ताक्षरी इस जानकारी की भी घोषणा करता /करती है कि उसे किसी और आगे या वापसी की यात्रा करने के लिए एअरलाइनें किसी भी तरह से बाध्य नहीं है। अन्यथा स्थिति में एअरलाइंस द्वारा वहन की शर्तें लागू होंगी।</p>	<p>PASSENGER'S DECLARATION</p> <p>(Where needed to be read by / to the passenger, dated and signed by him/her, or on his/her behalf.)</p> <p>-----</p> <p>I, herewith relieve the physician whom I shall choose to make a statement on my condition of health, of his/her professional discretion to the extent that he/she shall be permitted to disclose to the airlines medical departments such details on the condition of my health as may be required by them to judge upon my medical fitness to travel by air. Such physician's fees shall be met by me, and such medical departments judgements shall be accepted by me as final. If accepted for transportation, the undersigned hereby release and will indemnify the airlines concerned, their representatives and agents from all claims for damage sustained in connection with the deterioration of his/her illness as a result of the transportation by air. In case of legal dispute the undersigned will have to prove that any such damage sustained has not been caused wholly or in part by his/her physical, mental or medical condition. The undersigned further agrees to pay all additional costs, and will be responsible for all damages, incurred by the airlines or third parties throughout this transportation.</p> <p>The undersigned also declares to be informed that the airlines are not obliged in any way to accept him/her for any subsequent or return journey. Otherwise, the airlines Conditions of Carriage will apply.</p>
<p>स्थान :</p> <p>इसे यात्री स्वयं पढ़ें या उसे पढ़कर सुनाया जाए, यात्री के हस्ताक्षर या उसकी ओर से घोषणा पत्र पढ़ने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर एवं तारीख ।</p>	<p>Place :</p> <p>To be read by / to passenger, dated & signed by him/her or on his/her behalf</p>
<p>स्थान Place :</p> <p>तारीख Date :</p>	<p>यात्री के हस्ताक्षर Passenger's Signature:</p>

भाग / Part 2		(केवल कार्यालय के प्रयोग के लिए) (For office use only)	
<p>मेडिफ : चिकित्सा (मेडिकल) सूचना-पत्र MEDIF : MEDICAL INFORMATION SHEET</p>			
<p>इसे उपचारकर्ता चिकित्सक द्वारा भरा जाए,</p> <p>To be completed by ATTENDING PHYSICIAN</p>	<p>इस फार्म का उद्देश्य एअरलाइन के मेडिकल विभाग को गोपनीय सूचना उपलब्ध कराना है ताकि भाग 1 में निर्दिष्ट यात्रा के संदर्भ में यात्री की स्वस्थता का निर्धारण कर सके । यदि यात्री को यात्रा के लिए स्वीकार किया जाता है तो इस जानकारी से उन आवश्यक हिदायतों को जारी करने में सुविधा रहेगी जिन्हे यात्री के हित और आराम के लिए निर्धारित किया गया है ।</p> <p>अक्षम यात्री के उपचारकर्ता चिकित्सक से अनुरोध है कि वे सभी प्रश्नों के उत्तर दें ("हाँ" या "नहीं" के बॉक्स में से उपयुक्त बॉक्स में (x) चिह्न लगाएँ और / या सार रूप में संक्षिप्त उत्तर दें ।</p> <p>इस फार्म को स्पष्ट अक्षरों में या टाईपराईटर की सहायता से भरा जाए</p>	<p>This form is intended to provide CONFIDENTIAL information to enable the airlines MEDICAL Departments to assess the fitness of the passenger to travel as indicated in PART 1 hereof if the passengers is acceptable, this information will permit the issuance of the necessary directives designed to provide for the passenger's welfare and comfort.</p> <p>The PHYSICIAN ATTENDING the incapacitated passenger is requested to ANSWER ALL QUESTIONS (Enter a cross "X" in the appropriate "YES" or "NO" boxes and / or give precise concise answers).</p> <p>COMPLETING OF THE FORM IN BLOCK LETTERS OR BY TYPEWRITER WILL BE APPRECIATED.</p>	<p>इस फार्म को नीचे दिये कार्यालय को लौटाया जाए, The form must be returned to</p> <p>(वाहक कंपनी का विशिष्ट कार्यालय) (Carrier's Designated Office)</p>