

केन्द्रीय सरकार के कर्मचारी एवं उसके परिवार के लिए चिकित्सा अधिकारी द्वारा उपचार किए जाने से संबंधित व्यय की प्रतिपूर्ति की दावा हेतु आवेदन पत्र
Form of Application for claiming refund of Medical expenses incurred in connection with medical attendance and / or treatment of Central Govt.
Servants and their families

टिप्पणी : प्रत्येक रोगी के लिए अलग फॉर्म भरा जाए / N.B. - Separate Form should be used for each Patient.

1. सरकारी कर्मचारी का नाम एवं पदनाम
1. Name & Designation of the Govt. Servant

- (i) विवाहित या अविवाहित (i) Whether married or unmarried
(ii) यदि विवाहित है तो पति/पत्नी कहां कार्यरत है (ii) If married the place where wife/husband is employed.

2. कार्यालय, जहां कार्यरत हैं / Office in which employed, CIFE, Mumbai

3. मौलिक नियम में उल्लेखितानुसार सरकारी कर्मचारी का वेतन, और अन्य परिलब्धियाँ, जिनको अलग से दर्शाया जाए।
Pay of the Government Servant as defined in the Fundamental Rules, and any other emoluments which should be shown separately.
- | | | |
|-----------------------------|-----------|---------------------------------|
| वेतन / Pay | रु. वेतन | /- (7 वां वेतन आयोग के अनुसार) |
| महंगाई भत्ता / D.A. | Rs. | /- (As per 7 th CPC) |
| मकान किराया भत्ता / H.R.A. | रु. / Rs. | |
| नगर प्रतिकार भत्ता / C.C.A. | | |

4. कार्य का स्थान / Place of Duty

5. मूल निवास का पता / Actual residential address

6. रोगी का नाम एवं उसका सरकारी कर्मचारी के साथ का रिश्ता / Name of patient and his relationship to the Govt. Servant

टिप्पणी : बच्चों के संबंध में आयु लिखें / N.B. - In the case of children state age also

7. स्थान, जहां रोगी बीमार हुआ / Place at which the patient fell ill

8. दावा की गई राशि का विवरण / Details of the amount claimed

- (i) परामर्श शुल्क / Fees for consultation, indicating:
- [ए] संबंधित चिकित्सा अधिकारी का नाम व पदनाम एवं उसके अस्पताल या दवाखाने का नाम / The name and designation of the medical officer consulted and the hospital or dispensary to which attached.
- [बी] परामर्श की संख्या एवं दिनांक और प्रत्येक परामर्श के लिए भुगतान की गई राशि / The number and dates of consultation and the fee paid for each consultation.
- [सी] इंजेक्शन की संख्या, दिनांक एवं प्रत्येक इंजेक्शन का शुल्क
The number and dates of injections and the fee paid for each injections.
- [डी] क्या परामर्श और / या इंजेक्शन अस्पताल में चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास स्थान पर दिया गया
Whether consultations and/or injections were had at the hospital at the consulting room of the medical officer or at the residence of the patient.
- (ii) रोग निदान के समय शरीर रोग-निदान, जीवाणु परीक्षा, रेडियोलोजिकल चिकित्सा या तत्संबंधी परीक्षण किया गया हो तो सूचित करें / Charges for pathological, bacteriological, radiological or other similar tests undertaken during diagnosis, indicating.
- [ए] जांच कहां प्रारंभ की गई, अस्पताल या प्रयोगशाला में, एवं
The name of the hospital or laboratory where the tests were undertaken, and
- [बी] यदि जांच अधिकृत चिकित्सा अधिकारी की सलाह से प्रारंभ किया गया है, तो तदनुसार प्रमाण-पत्र संलग्न करें / Whether the tests were undertaken on the advice of the authorized medical attendant. if so, a Certificate to that effect should be attached.

(iii) बाजार से खरीदी गई दवाइयों की कुल राशि (दवाइयों की सूची, कैश मेमो एवं मूलभूत प्रमाण-पत्र संलग्न करें)
 Cost of medicines purchased from the market.
 (List of medicines, cash memos and the Essentiality Certificate should be attached). रु. / Rs.

9. (i) दावा की गई कुल राशि Total Amount Claimed रु. / Rs.
 (ii) अग्रिम राशि घटाएं Less amount of advance taken on
 (iii) दावा की गई वास्तविक राशि Net amount claimed रु. / Rs.

10. संलग्न सूची
 List of enclosures:

- (i) डॉक्टर की पर्ची / Prescription :
 (ii) ओ.पी.डी. रसीद / OPD Slips :
 (iii) प्रमाण-पत्र 'ए' / Certificate 'A'

(iv) नगद बिल संख्या एवं दिनांक
 Cash Memo(s) No. and date
 (i) बिल नं. / Bill No.
 दिनांक / Dt.

राशि
 Amount

दवाई की दुकान का नाम
 Name of the Shop

(ii) चालान नं. / Bill No.
 दिनांक / Dt.
 INVOICE No.
 Dt.

- (iii)
 (iv)
 (v)

सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित घोषणा / Declaration to be signed by the Govt. Servant

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिए गए कथन मेरी जानकारी के अनुसार सत्य है तथा जिस व्यक्ति के चिकित्सा व्यय किए गए हैं, वह पूर्णतः मुझ पर निर्भर है।

प्रमाणित किया जाता है कि मेरे निवास से दो किलोमीटर की परिधि में केन्द्र या राज्य सरकार या स्थानीय निकाय या सहकारी समिति अधिनियम के अंतर्गत किसी अन्य संगठन द्वारा संचालित कोई सरकारी उचित मूल्य की दूकान/सहकारी उपभोक्ता भंडार/दवा डिपो नहीं है।

I hereby declare that the statements in this application are true to the best of my knowledge and that the person for whom medical expenses were incurred in wholly dependent upon me.

Certified that there is no Govt. Fair Price Shop / Co-Operative Consumers' Stores/Drug Depots run by the Central or State Govt. or Local bodies or any other organization under the Co-operative Societies Act, within two kilometers radius from my residence.

दिनांक / Date :

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर / Signature of the Govt. Servant

रु..... का दावा भुगतान के लिए पारित
 Rs.Claim passed for payment

दावा की गई राशि रु.
 Amount Claimed Rs.
 अस्वीकृत राशि घटाएं रु.
 Less Amount disallowed Rs.
 शुद्ध राशि रु.
 Net Amount Rs.
 प्रतिपूर्ति के लिए स्वीकृत
 Admitted for Reimbursement.....