

भारतीय सूचना प्रौद्योगिकी, अभिकल्पना एवं विनिर्माण संस्थान, कांचीपुरम
INDIAN INSTITUTE OF INFORMATION TECHNOLOGY, DESIGN AND MANUFACTURING, KANCHEEPURAM

**केंद्रीय सरकारी कर्मचारियों और उनके परिवार के सदस्यों की चिकित्सा और/या उपचार के लिए
किए गए चिकित्सा व्यय की वापसी के दावे का आवेदन-पत्र
(अस्पताल में भर्ती होकर ली गई चिकित्सा /उपचार के लिए)**

FORM OF APPLICATION FOR CLAIMING REFUND OF MEDICAL EXPENSES INCURRED IN CONNECTION WITH
MEDICAL ATTENDANCE AND / OR TREATMENT OF CENTRAL GOVERNMENT SERVANTS AND THEIR FAMILIES
(FOR MEDICAL ATTENDANCE / TREATMENT TAKEN FROM A HOSPITAL)

1	सरकारी कर्मचारी का नाम और पदनाम (स्पष्ट अक्षरों में) Name and designation of Government servant (in Block Letters)	
2	विवाहित या अविवाहित, अगर विवाहित हैं तो पत्नी या पति के कार्यालय का नाम Whether Married or Unmarried. The Place where wife/ husband is employed.	
3	आप किस कार्यालय में सेवारत हैं और मूल नियमों में परिभाषितानुसार आपका वेतन। अन्य परिलब्धियों को अलग से दर्शाया जाना चाहिए। Office in which employed, pay of the Govt. Servant as defined in the Fundamental Rules and any other emoluments, which should be shown separately.	
4	ड्यूटी का स्थान / Place of Duty	
5	मूल निवास का पता Actual residential address	
6	मरीज का नाम तथा उसका सरकारी कर्मचारी से संबंध Name of the patient and his / her relationship to the Government Servant.	
7	रोगी कहाँ बीमार पड़ा (स्थान का नाम) Place at which the patient fell ill	
8	दावा की गई राशि का विवरण Details of the amount claimed	
अस्पताल में किए गए उपचार HOSPITAL TREATMENT		
अस्पताल का नाम Name of the hospital		
अस्पताल में हुए इलाज के शुल्क में निम्नलिखित को अलग से दर्शाया जाए Charges for Hospital treatment, indicating separately the charges for		
(i) आवास/कमरा का किराया (क्या यह आवास सरकारी कर्मचारी के वेतन की हैसियत के अनुसार था? यदि यह आवास सरकारी कर्मचारी की हैसियत से अधिक है तो इस आशय का प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना चाहिए कि वह आवास उपलब्ध नहीं था जिसका वह हकदार है।) (i) Accommodation (State whether it was according to the status of pay of the Govt. Servant. If the accommodation is higher than the status of the Government Servant, a certificate should be attached to the effect that the accommodation to which he was entitled was not available.)		

<p>(ii) आहार Diet</p>	
<p>(iii) सर्जिकल ऑपरेशन या चिकित्सा उपचार या प्रसूति Surgical operation or medical treatment or confinement</p>	
<p>(iv) पैथोलॉजिकल बैक्टीरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल या किसी अन्य परीक्षण का विवरण क. उस अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण किया गया। ख. क्या अस्पताल में मामले के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर परीक्षण किया गया? यदि हाँ तो इस आशय का प्रमाण-पत्र संलग्न किया जाना चाहिए। Pathological bacteriological, radiological or other similar test indicating. a. The name of the hospital or laboratory at which undertaken. b. Whether undertaken on the advice of the Medical Officer in-charge of the case at the hospital. If so, a certificate to that effect should be attached.</p>	
<p>(v) दवाइयाँ Medicines</p>	
<p>(vi) विशेष दवाइयाँ / Special Medicines (नकद मेमो और आवश्यक प्रमाण-पत्र संलग्न होने चाहिए।) (Cash Memos and the essential certificates should be attached)</p>	
<p>(vii) विशेष नर्सिंग यानी मरीज के लिए विशेष रूप से नियुक्त नर्स Special nursing i.e., nurses specially engaged for the patient क्या विशेष नर्स को अस्पताल में रोगी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर नियुक्त किया गया है या मरीज के सरकारी कर्मचारी के अनुरोध पर? पहले के मामले में रोगी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी द्वारा जारी तथा अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित प्रमाण-पत्र संलग्न किया जाना चाहिए। State whether they are employed on the advice of the Medical Officer-in-charge of the case at the hospital or at the request of the Govt. Servant of patient. In the former case a certificate from the Medical Officer-in-charge of the case and countersigned by the Medical Superintendent of the hospital should be attached.</p>	
<p>(viii) एम्बुलेंस शुल्क (आने-जाने की यात्रा का प्रमाण पत्र के साथ विवरण दें) Ambulance charges (State the journey to and fro undertaken with certificate)</p>	
<p>(ix) कोई अन्य शुल्क, जैसे बिजली, पंखा, हीटर, एयर कंडीशनर आदि के लिए शुल्क। यह भी बताएं कि क्या सुविधाएं सामान्य रूप से सभी मरीजों को प्रदान की जाती हैं और मरीज के पास कोई विकल्प नहीं छोड़ा गया था। Any other charges, e.g., charges for electric light, fan, heater, air conditioner etc. State also whether the facilities normally provided to all patients & no choice was left to the patient.</p>	
<p>विशेषज्ञ से परामर्श/ CONSULTATION WITH SPECIALIST</p>	
<p>अधिकृत चिकित्सा परिचर के अलावा किसी अन्य विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी को भुगतान की गई फीस का विवरण Fees paid to a specialist or a Medical Officer other than the authorized medical attendant, indicating.</p>	
<p>क. परामर्श देने वाले विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का नाम और पदनाम तथा वे किस अस्पताल में हैं।</p>	

<p>ख. परामर्श की संख्या और तिथियाँ तथा प्रत्येक परामर्श के लिए ली जाने वाली फीस।</p> <p>ग. परामर्श कहाँ लिया गया है - अस्पताल में, विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास पर।</p> <p>a. The name and designation of the Specialist or Medical Officer Consulted and the hospital to which attached.</p> <p>b. Number and dates of consultations and fees charged for each consultation.</p> <p>c. Whether consultation was had at the hospital, the consulting room of the specialist or Medical Officer, or at the residence of the patient.</p>	
<p>क्या विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से अधिकृत चिकित्सा सहायक की सलाह पर परामर्श किया गया था और राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी की पूर्व स्वीकृति प्राप्त की गई थी।</p> <p>Whether the specialist or Medical Officer was consulted on the advice of the authorized medical attendant and the prior approval of the Chief Administrative Medical Officer of the State was obtained.</p> <p>1. दावा की गई कुल राशि / Total amount claimed</p> <p>2. दि. ----- को प्राप्त अग्रिम राशि को घटाएं / Less advance taken on</p> <p>3. दावा की गई शुद्ध राशि / Net amount claimed</p> <p>4. संलग्नकों की सूची / List of enclosures</p>	

सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित की जाने वाली घोषणा / DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT

मैं घोषणा करता हूँ कि आवेदन में दिया गया विवरण मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य है और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूरी तरह से मुझ पर निर्भर है।

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

दिनांक/Date:

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर
किस कार्यालय से संबद्ध है
Signature of the Government Servant
and Office to which attached

(मरीजों को चिकित्सा के लिए अस्पताल में भर्ती किए जाने के मामले में इसे भरा जाना है।
(To be filled in the case of patients who are admitted in hospital for treatment)

भाग-ए / Part-A

(अस्पताल के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी द्वारा हस्ताक्षरित किया जाना है।)
(To be signed by the medical officer-in-charge of the case of the hospital)

मैं डॉ. इसके द्वारा प्रमाणित करता हूँ
I Dr. hereby certify

- (क) कि मरीज को मेरी सलाह पर/.....(चिकित्सा अधिकारी का नाम) की सलाह पर अस्पताल में भर्ती कराया गया था।
(a) that the patient was admitted to hospital on my advice /on the advice of(Name of the medical Officer)
- (ख) कि मरीज का उपचारमें किया गया है और इस उपचार के लिए मेरे द्वारा बतायी गयी निम्नलिखित दवाएँ मरीज के स्वास्थ्य में गंभीर गिरावट की रोकथाम/सुधार के लिए आवश्यक थीं।
(b) that the patient has been under treatment atand that the undermentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

ये दवाइयां निजी मरीजों को आपूर्ति करने के लिए(अस्पताल का नाम) में स्टॉक में नहीं हैं और इसमें मालिकाना तैयारी शामिल नहीं है जिसके लिए समान चिकित्सीय मूल्य के सस्ते पदार्थ उपलब्ध हैं और न ही ऐसी तैयारी जो मुख्य रूप से खाद्य पदार्थ, शौचालय या कीटाणुनाशक हैं।
The medicines are no stocked in the(Name of the hospital) for supply to private patients and do not include proprietary preparation for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparation which are primarily foods, toilets or disinfectants.

- (a) कि दिए गए इंजेक्शन रोग को कम करने के लिए/रोग से बचने के लिए थे/नहीं थे।
that the infections administered were/were not for immunizing or prophylactic purposes.

दवाओं का नाम
Name of the medicines

मूल्य
Price

- (b) कि रोगी से पीड़ित है/थे और वे दिनांकसे दिनांक तक मेरे इलाज में है/थे।
that the patient is / was suffering from.....and is / was under treatment from.....to.....

- (c) कि एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि पर रु.----- का व्यय हुआ और ये परीक्षण अत्यंत आवश्यक थे तथा ये मेरी सलाह पर ----- (अस्पताल/प्रयोगशाला का नाम) में किए गए थे।
that the X-rays, laboratory tests, etc., for which an expenditure of Rs.----- was incurred and they were necessary and under taken on my advice at -----(Name of the Hospital/Laboratory).

(d) कि मैंने विशेषज्ञ परामर्श के लिए डॉ.को बुलाया था और नियमों के तहत आवश्यक अनुमोदन ----- से (राज्य के मुख्य प्रशासनिक अधिकारी का नाम) से प्राप्त किया गया था।

that I called on Dr.....

for specialist consultation and that the necessary approval on the.....

(Name of the Chief Administrative Medical Officer of the State).....

under the rules was obtained.

अस्पताल के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी
के हस्ताक्षर और पदनाम
Signature and Designation of the
Medical Officer-in-charge of the
Case at the hospital

भाग - बी Part-B

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी का उपचारअस्पताल में किया गया है और विशेष नर्सों की सेवा, जिसके लिए संलग्न बिलों और रसीदों के अनुसार रु. का व्यय किया गया, जो रोगी की स्थिति में सुधार लाने / गंभीर गिरावट की रोकथाम के लिए आवश्यक था।

I certify that the patient has been under treatment at the -----

hospital and that the service of the special nurses, for which an expenditure of Rs-----was incurred vide bills and receipts attached, were essential for the recovery / prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

अस्पताल के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी
के हस्ताक्षर और पदनाम
Signature of the Medical Officer
In-charge of the case at the hospital

प्रतिहस्ताक्षरित COUNTERSIGNED

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी चिकित्सा के लिए ----- अस्पताल में रहा है और उसे उपलब्ध कराई गई सुविधाएं न्यूनतम थीं, जो मरीज के चिकित्सा के लिए आवश्यक थीं।

I certify that the patient has been under treatment at the -----hospital

and that the facilities provided were the minimum, which was essential for the patient treatment.

चिकित्सा अधीक्षक
Medical superintendent

स्थान / Place : _____ Hospital.

न्यूनतम सुविधा प्रमाण पत्र / Minimum Facility Certificate

प्रमाणित किया जाता है कि कुमारी / श्रीमती / श्री -----सुपुत्र / सुपुत्री / पति / पत्नी / माता / पिता
-----का इस अस्पताल में इलाज चल रहा था और प्रदान की गई
सुविधाएं न्यूनतम थीं जो रोगी के इलाज के लिए आवश्यक थीं।

Certified that Kumari / Srimathi / Shri.....

Son / Daughter / husband / wife / mother / father of

has been under treatment at this hospital and that the facilities provided were the minimum which were essential for the patient's treatment.

स्थान / Place:

डीन/अधीक्षक
Dean / Superintendent
अस्पताल की मुहर
Hospital seal