



भा. कृ. अ. प. केन्द्रीय कपास प्रौद्योगिकी अनुसंधान संस्थान

पोस्ट बैग नं. 16640

एडनवाला रोड, माटुंगा, मुंबई - 400 019

केन्द्रीय सरकारी कर्मचारियों तथा उनके परिवार की डाक्टरी परिचार्या और / या इलाज पर हुए डाक्टरी खर्चे की वापसी तथा दावा करने का आवेदन पत्र ।

Form of application for claiming refund of medical expense incurred in connection with medical attendance and / or treatment of Central Government servant and their families.

ध्यान दीजिए : हर एक रोगी के लिए अलग फार्म भरा जाना चाहिए ।

| | | |
|-----|--|--|
| 1. | सरकारी कर्मचारी का नाम और पदनाम (साफ अक्षरों में) Name and designation of the Govt. Servant | |
| 2. | किस कार्यालय में काम कर रहे है । Office in which employed | |
| 3. | मूल नियमों में वेतन की, की गई परिभाषा के अनुसार सरकारी कर्मचारी का वेतन, यदि अन्य कोई उपब्धियाँ हो तो उन्हें अलग से दिखाया जाना चाहिए। Pay of the Govt. Servant as defined in the Fundamental Rules and any other emoluments, which should be shown separately. (Pay Level) | |
| 4. | नौकरी का स्थान Place of duty 1) अनुभाग / Section 2) विस्तारित नं. / Ext. No. | |
| 5. | निवास का वास्तविक पता। Actual residential address. | |
| 6. | रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारी से उसका संबंध / जन्म तारीख। Name of the patient and his / her relationship with the Govt. Servant. / Date of Birth | |
| 7. | रोगी किस स्थान पर बिमार पड़ा। Place at which the patient fell ill. | |
| 8. | दावे की रकम का ब्यौरा। 1. Details of the amount claimed डाक्टरी परिचर्या : 1/1 MEDICAL ATTENDANCE | |
| | निम्नलिखित बातों का निर्देश करते हुए परामर्श की फीस Fees for consultation indicating : | |
| (क) | जिस चिकित्सा - अधिकारी से परामर्श लिया गया है उसका नाम और पद तथा उस अस्पताल या औषधालय का नाम जिससे वह अधिकारी संबंधित है। The name and designation of the medical officer consulted and the hospital or dispensary to which attached. | |
| (ख) | कितनी बार और किस तारीख को परामर्श लिया गया और हर परामर्श के लिए कितनी फीस दी गई। The number and dates of the consultation and the fee paid for each consultation | |
| (ग) | कितनी सूईयाँ किन किन तारीखों को लगी और हर सूई के लिए कितनी फीस देनी पड़ी The number and dates of injections and fees paid for each injection | |
| (4) | क्या परामर्श और / या सूईयाँ अस्पताल में ली गई या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में रोगी के निवास स्थान पर। Whether consultation and / or injections were held at the hospital consulting room of the medical officer or at the residence of the patient. | |

- (2) रोग का निदान करते समय किये गये विकृत-वैज्ञानिक और ऐसे ही दुसरे परीक्षणों का खर्च लीखिए और निम्नलिखित बाते बताइये।
Charges for pathological, bacteriological, radiological or other similar tests undertaken during diagnosis indication.

| | | |
|-----|--|----------|
| (ग) | अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहाँ परीक्षण हुए। The name of the hospital or laboratory where the tests were undertaken and | |
| (ख) | क्या ये परीक्षण प्रधिकृत चिकित्सा परिचारक की सलाह पर हुए, यदि हाँ तो उसका प्रमाणपत्र इसके साथ लगाये। Whether the test were undertaken on the advice of the authorised medical attendant if so, a certificate to that effect should be attached. | |
| (ग) | बजार से खरेदी हुई दवाओं का मुल्य। Cost of medicine, purchased form the market. | रु./ Rs. |

(दवाओं की सूची, नकद-पत्र और अत्यावश्यकता प्रमाण पत्र साथ लगाये)

(List of medicines, cash memos and the essentiality certificate should be attached.)

| | | |
|----|---|---|
| 1. | कुल दावा की गई राशि Total amount claimed | रु. Rs. |
| 2. | को लिया गया अग्रिम धन घटा कर Less advance taken on | रु. Rs. |
| 3. | दावे की शुद्ध रकम Net amount claimed | रु. Rs. |
| 4. | संलग्नकों की सूची List of enclosures. | 1) Cash Memo 2) Prescription 3) Certificate "A" |

इस घोषणा पर सरकारी कर्मचारी हस्ताक्षर करें
DECLARATION TO BE SIGNED BY GOVT. SRTVANT

मैं घोषणा करता / करती हूँ कि इस प्रार्थना - पत्र में दिया गया बयान मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार ठीक है और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है, वह पूर्णतः मेरे उपर आश्रित है।

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

दिनांक :
Date :

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर और
कार्यालय जिसमें वे काम कर रहे है
Signature of the Govt. Servant &
office to which attached.

कार्यालयीन उपयोग के लिए
For Office Use

1) कुल दावा / Amount Claimed

2) अस्विकार्य राशि / Amount Disallowed

3) देय शुद्ध राशि / Amount Passed

सहायक प्रशासनिक अधिकारी
Asstt. Administrative Officer

भा. कृ. अ. प. केन्द्रीय कपास प्रौद्योगिकी अनुसंधान संस्थान

एडनवाला रोड, माटुंगा, मुंबई - 400 019

में. १०३-क / Med. 103-A

में नियुक्त श्रीमती/ श्री / कुमारी

पत्नी/पुत्र/पुत्री/श्री

Certificate granted to Mr. / Mrs. / Miss

husband / wife / son / daughter / Mother / Father of Mr. / Mrs.

प्रमाण पत्र 'क' / CERTIFICATE 'A'

(उन रोगियों के मामले में भरा जाये जिन्हे इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती न किया गया हो)

(To be completed in the case of patients who are not admitted in hospital for treatment.)

मैं डॉ. _____ इसके द्वारा प्रमाणित करता हूँ।

I, Dr. _____ hereby certify

क) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष में / रोगी के निवास स्थान पर (तारीख दी जाए) _____ की
परामर्शों के लिए _____ रुपये प्रभारित किए और प्राप्त किए।

a) that I charged and received Rs. _____ for _____
consultation on _____ (dates to be given) at my consulting room / at the residence of the patient;

ख) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष में / रोगी के निवास स्थान पर (तारीख दी जाए) _____ की
अन्ता पेशी / अवत्वक इंजेक्शन देने के लिए _____ रुपये प्रभारित किए और प्राप्त किए।

b) that I charged and received Rs _____ for administering
_____ intra-venous / intra-muscular subcutaneous injections on
_____ (dates to be given) at my consulting room / the residence of the patient;

ग) कि दिए गए इंजेक्शन रोगक्षमता या रोग निरोध के लिए थे / नहीं थे।

c) that the injections administered were not / were for immunizing or prophylactic purpose.

घ) कि रोगी का इलाज _____ अस्पताल में / मेरे परामर्श कक्ष में हुआ है, और कि इस संबंध में मेरे द्वारा नुस्ते में दी
गई निम्नलिखित औषध रोगी की हालत को ठीक करने / गंभीर रूप से खराब होने से रोकने के लिए अनिवार्य थी। ये औषध
_____ (अस्पताल का नाम) अस्पताल में प्राइवेट रोगियों को देने के लिए स्टॉक नहीं की जाती और उनमें वे पेटेंट
(एकायत) योग शामिल नहीं हैं जिनके लिए समान चिकित्सा मान के सस्ते द्रव्य उपलब्ध है, न ही ये योग जो मूलतः खाद्य श्रृंगार सामग्री अथवा
निःसंक्रामक है।

(d) that the patient has been under treatment at _____ hospital/my consulting
room and 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 The medicine are not stocked in
the (name of the hospital) _____ for supply to private patients and
not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor
preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants.

| क्र. सं. Sr. No. | खरीदी हुई मात्रा Quantity Purchased | औषधों का नाम Name of the medicine | कीमत Price |
|--------------------------|--|--------------------------------------|---------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| कुल रक्कम Total ₹ | | | |

- ड) कि रोगी _____ से पीड़ित है / था और _____ से तक मेरे इलाज में है/था।
(e) that the patient is / was suffering from _____ and is / was under my treatment from _____ to _____
- च) कि रोगी की जन्म पूर्व अथवा जन्मोत्तर चिकित्सा की गई है/थी।
(f) that the patient is / was not given pre-natal or post-natal treatment.
- छ) कि जिन एक्सरे, प्रयोगशाला जांच आदि के लिए _____ रुपये खर्च किये थे आवश्यक थे और वे मेरी सलाह से _____ (अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम) में किये गये थे।
(g) that the X-ray, laboratory test, etc. for which an expenditure was Rs. _____ was incurred were necessary and were undertaken on my advice at _____ (Name of the hospital laboratory)
- ज) कि मैंने रोगी को विशेष परामर्श के लिए डॉ _____ के पास भेजा और _____ का (राज्य के मुख्या प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम) नियमों के अनुसार यथापक्षित आवश्यक अनुमोदन प्राप्त कर लिया गया था।
(h) that I referred the patient to Dr. _____ for specialist consultation and that the necessary approval of the _____ (name of the chief administrative Officer) as required under the rules was obtained.
- झ) कि रोगी को अस्पताल में रखना आवश्यक नहीं था/ आवश्यक था।
(1) that the patient did not require / required hospitalization.

तारीख : _____

Date : _____

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर और पदनाम तथा उस अस्पताल / चिकित्सालय का नाम जिससे वह संबंध है।

Signature / AMA / Designation of the Medical Officer and hospital / dispensary to which attached.

विशेष ध्यान दें - जो प्रमाण-पत्र लागू न हों वे काट दिये जाने चाहिए। प्रमाण-पत्र (च) अनिवार्य है और चिकित्सा अधिकारी द्वारा उसे सभी मामलों में भरा जाना चाहिए।

N. B. : Certificate not applicable should be stuck off. Certificate (e) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.