

अखिल भारतीय तकनीकी शिक्षा परिषद्
All India Council for Technical Education
(भारत सरकार का सांविधिक निकाय)
(A Statutory Body of the Govt. of India)
नई दिल्ली-110070
New Delhi-110070

चिकित्सा दावों के लिए आवेदन का प्रारूप
FORM OF APPLICATION FOR MEDICAL CLAIMS
(बाह्य चिकित्सा) (Outdoor Treatment)

1. सरकारी सेवक का नाम और पदनाम : _____
(स्पष्ट अक्षरों में)
Name and designation of Government : _____
Servant (in block letters)
(क) क्या विवाहित है अथवा अविवाहित : _____
a) Whether married or unmarried. : _____
(ख) यदि विवाहित है, तो वह स्थान जहां : _____
पत्नी/पति नियोजित है ।
b) If married the place where wife/husband : _____
is employed. : _____
2. कार्यालय, जहां नियोजन में हैं : _____
Office in which employed. : _____
3. सरकारी सेवक का वेतन, जैसाकि मूल नियमों : _____
में समय-समय में परिभाषित किया गया है तथा
कोई अन्य परिलब्धियाँ जिन्हें अलग से दर्शाया
जाना चाहिए ।
Pay of the government servant as defined : _____
in the fundamental rules from time to time
and any other emoluments which should be
shown separately. : _____
4. ड्यूटी का स्थान : _____
Place of duty : _____
5. वास्तविक आवासीय पता : _____
Actual residential address : _____
6. रोगी का नाम तथा सरकारी सेवक के साथ : _____
उसका संबंध : _____
Name of the patient and his/her : _____
Relationship to the Govt. servant : _____

टिप्पणी : बालक(को)/बालिका(ओं) के उपचार : _____
के मामले में उसकी/उनकी आयु भी बताएं : _____
N.B.: In case of treatment of child/children : _____
State his/her/their age(s) also. : _____
7. स्थान जहां रोगी बीमार पड़ा : _____
Place at which the patient fell ill : _____
- 8.1 चिकित्सा परिचर्या : _____

Medical Attendance : _____

I परामर्श के लिए शुल्क, जिसमें निम्नलिखित दर्शाया गया हो -

Fees for consultation indicating -

क) चिकित्सा अधिकारी का नाम तथा
पदनाम तथा वह अस्पताल अथवा
औषधालय जिससे वह संबद्ध है : _____

a) The name and designation of the
Medical officer and the hospital or
Dispensary to which attached : _____

ख) परामर्शों की संख्या और तारीखें तथा
प्रत्येक परामर्श के लिए दिया गया शुल्क : _____

b) The number and dates of consultation
and the fee paid for each consultation: _____

ग) क्या परामर्श और/अथवा इंजेक्शन
अस्पताल में लिया गया, चिकित्सा
अधिकारी के परामर्श कक्ष में लिया
गया अथवा रोगी के आवास पर लिया
गया : _____

c) Whether consultation and/or
Injections were had at the Hospital,
at the consulting room of the
medical officer or at the residence
of the patient : _____

II. निदान के दौरान किए गए रोग विज्ञान, जीवाणु
विज्ञान, विकिरण-चिकित्सा विज्ञान अथवा अन्य
समान परीक्षणों के लिए शुल्क जिनमें निम्न
दर्शाया गया हो : _____

Charge for pathological, bacteriological
Radiological or other similar tests
Undertaken during diagnosis indicating : _____

क) अस्पताल अथवा प्रयोगशाला का नाम
जहां परीक्षण किए गए : _____

a) The name of the hospital or
Laboratory where undertaken and : _____

ख) क्या परीक्षण प्राधिकृत चिकित्सा
सलाहकार की सलाह पर किए गए ।
यदि हां, तो इस आशय का प्रमाण-पत्र
संलग्न किया जाना चाहिए । : _____

b) 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 औषधियों का मूल्य
(नकद भुगतान रसीद संलग्न की जानी चाहिए)
Cost of medicines purchased from the market.
(Cash memos should be attached)

9. दावे की कुल राशि : रु.
Total amount claimed : Rs.

10. घटा : लिया गया अग्रिम : रु.

| | | |
|-----|----------------------|-------|
| | Less : Advance Taken | : Rs. |
| 11. | सकल योग | : रु. |
| | Grand Total | : Rs. |

| औषधि का नाम Name of the Medicine | मात्रा Quantity | मूल्य (रु.) Price (Rs.) | औषधि का नाम Name of the Medicine | मात्रा Quantity | मूल्य (रु.) Price (Rs.) |
|--|--------------------|----------------------------|--|--------------------|----------------------------|
| | | | | | |

12. संलग्नकों की सूची :-

List of enclosures :-

1. परामर्शक चिकित्सक द्वारा विधिवत् रूप से प्रमाणित अनिवार्यता प्रमाण-पत्र
Duly attested mandatory certificate by consultant Doctor
2. विधिवत् रूप से मोहर लगाया गया मूल नुस्खा
Duly Stamped original prescription
3. विधिवत् रूप से सत्यापित मूल नकद भुगतान रसीद
Duly attested original cash payment receipt
4. प्रयोगशाला परीक्षणों के लिए नकद भुगतान रसीद
Cash payment receipt for laboratory testing

टिप्पणी : दावे को जहां आवश्यक हो, विधिवत् रूप से अधि-प्रमाणित वाउचरों द्वारा समर्थित किया जाना चाहिए।

NOTE : Claims to be supported with proper vouchers/documents duly authenticated wherever necessary.

परिषद् के कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर किए जाने वाली घोषणा

DECLARATION TO BE SIGNED BY THE EMPLOYEE OF THE COUNCIL

मैं एतद्वारा घोषित करता हूँ कि इस आवेदन में दिए गए विवरण मेरी पूर्ण जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य हैं तथा जिस व्यक्ति/व्यक्तियों के लिए चिकित्सा व्यय किए गए हैं, वह/वे पूर्णतः मुझ पर आश्रित हैं।

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

हस्ताक्षर :

Signature:.....

कर्मचारी का नाम :

Name of the employee:.....

पदनाम :

Designation :.....

तारीख :

Date :.....