



भा.कृ.अनु.प.-भारतीय मृदा विज्ञान संस्थान

नबीबाग, बैरसिया रोड, भोपाल - 462038

ICAR-Indian Institute of Soil Science

Nabibagh, Berasia Road, Bhopal - 462 038 (M.P.)

Tel. No.(0755)2730970/2734221 (Ext. No. 233 & 256) Fax. No. (0755) 2733310



चिकित्सा-97 / Med-97

केन्द्रीय सरकार के कर्मचारियों तथा उनके परिवार की डाक्टरी परिचर्या और/या इलाज पर हुए डाक्टरी खर्चों की वापसी का दावा करने का आवेदन पत्र / 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

1.	सरकारी कर्मचारी का नाम और पद(साफ अक्षरों में) Name and Designation of the Government Servant	
(i)	विवाहित हैं या अविवाहित Whether married or unmarried	
(ii)	यदि विवाहित हैं तो स्थान जहां पत्नी सेवारत हैं If married the place where wife is employed	
2.	किस कार्यालय में कार्यरत हैं Office in which employed	ICAR-IISS, Bhopal
3.	एफ.आर. में परिभाषित अनुसार कर्मचारी का वेतन, एवं अन्य परिलब्धियां यदि हैं तो अलग-अलग लिखें Pay of the Government Servant as defined in the Fundamental Rules, and any other emoluments, which should be shown separately.	
4.	ड्यूटी का स्थान Place of duty	ICAR-IISS, Bhopal
5.	निवास का वास्तविक पता Actual residential address	
6.	रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारी से उसका संबंध (नोट : बच्चा है तो उसकी आयु भी लिखें) Name of the patient and her relationship to the Government Servant(N.B. :In the case of children state age also)	
7.	रोगी किस स्थान पर बीमार पड़ा Place at which the patient fell ill	Bhopal
8.	दावे की रकम का ब्यौरा / Details of the amount claimed डाक्टरी परिचर्या / Medical Attendance	
(i)	निम्न बातों का उल्लेख करते हुए परामर्श की फीस Fees for consultation, indicating	
	(अ) जिस चिकित्सा अधिकारी से परामर्श लिया है, का नाम, पद व उस अस्पताल का नाम जिससे वह अधिकारी संबद्ध है (a)The name & designation of the Medical Officer consulted and the hospital/dispensary to which attached.	
	(ब) कितनी बार और किस किस तारीख को परामर्श लिया और प्रत्येक परामर्श के लिए कितनी-कितनी फीस दी गई (b) he number and dates of consultations and the fee paid for each consultation	
	(स) इंजेक्शनों की संख्या और दिनांक तथा हर इंजेक्शन के लिए कितनी फीस भुगतान की (c) The number and dates of injections and the fee paid for each injection.	
	(द) क्या परामर्श और/या इंजेक्शन अस्पताल में लिये या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष या रोगी के निवास स्थान पर (d) 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 का निदान करते समय किए गए विकृतिविज्ञानी, जीवाणुविज्ञानी, विकिरणविज्ञानी या अन्य समान ऐसे ही दूसरे परीक्षणों का खर्च, निम्नलिखित दर्शाते हुए Charges for pathological, bacteriological, radiological or other similar tests undertaken during diagnosis, indicating	

	(अ) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण हुए (a). The name of the hospital or laboratory where the tests were undertaken			
	(ब) क्या वे परीक्षण प्राधिकृत-चिकित्सा परिचारक की सलाह पर हुए, यदि हां तो उसका प्रमाण-पत्र इसके साथ लगाएं / (b). Whether the tests were undertaken on the advice of the authorized medical attendant. If so, a Certificate so that should be attached.			
	(iii) बाजार से खरीदी गई दवाओं का मूल्य(दवाओं की सूची, कैश मेमो, और अत्यावश्यकता प्रमाण-पत्र साथ लगाएं) Costs of medicines purchased from the market. (List of medicines, cash memos and the Essentiality Certificates should be attached)			
9.	(अ) कुल कितनी धनराशि का दावा किया गया है (a) Total amount claimed			
	(ब) अग्रिम ली गई राशि (b) Less amount of advance taken			
	(स) दावे की शुद्ध धनराशि (c) Net amount claimed			
10.	अनुलग्नकों की सूची List of enclosures			
	i) प्रेस्क्रिप्शन Prescription:			
	ii) ओ.पी.डी. पर्चियां OPD Slips:			
	iii) प्रमाण-पत्र Certificates:			
	iv) कैश मेमो Cash memos			
क्र.सं. Sl. No.	कैश मेमो नंबर Cash Memo No.	दिनांक Date	राशि रुपये में Amount, Rs	दुकान का नाम Name of the Shop
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर हेतु घोषणा Declaration to be signed by the Government Servant)				
मैं यह घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिए गए तथ्य मेरी जानकारी के अनुसार सही हैं 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 this application are true to the best of my knowledge and that the person for whom medical expenses are incurred is wholly dependent upon me.				
प्रमाणित किया जाता है कि मेरे निवास से दो किलोमीटर के दायरे में कोई सरकारी उचित मूल्य की दुकान/सहकारी उपभोक्ता भंडार/दवा डिपो केंद्र या राज्य सरकार के स्थानीय निकायों या सहकारी समिति अधिनियम के तहत किसी अन्य संगठन द्वारा संचालित नहीं है। Certified that there is no Government Fair Price Shop/Cooperative Consumers' Stores/Drug Depots run by the Central or State Govt. f 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 Government Servant		

केवल कार्यालय प्रयोग हेतु / (For office Use only)

कुल कितनी धनराशि का दावा किया गया है Total amount Claimed	रु.
घटाई गई अस्वीकार्य धनराशि Less Amount disallowed	रु.
प्रतिपूर्ति हेतु स्वीकार्य शुद्ध धनराशि Net Amount admitted for reimbursement	रु.
रुपये के लिए पास किया गया दावा Claim passed for payment, Rs.	रु.

संबंधित सहायक (Dealing Assistant)

आहरण एवं संवितरण अधिकारी (D.D.O.)

भा.कृ.अनु.प-भारतीय मृदा विज्ञान संस्थान, भोपाल में कार्यरत श्रीमती / श्री / कुमारी
 पत्नी / पुत्र / पुत्र श्री को दिया गया प्रमाण-पत्र।
 Certificate granted to
 employed in the **ICAR-Indian Institute of Soil Science (IISS), Bhopal**

प्रमाण-पत्र 'क' CERTIFICATE 'A'

(उन रोगियों के मामले में भरा जाए जिन्हें 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, डा. यह प्रमाणित करता हूँ कि :-
 I, hereby certified :-
 (क.) कि मैंने अपने परामर्ष कक्ष में / रोगी के निवास स्थान पर (तारीखें दी जाए)..... को
 परामर्ष के लिए रूपए प्रभारित किए और प्राप्त किए।
 (a) that I charged and received Rs. for consultation(s) on
 at my consulting room/Dispensary at the residence of the patient.
 (ख) कि मैंने अपने परामर्ष कक्ष में / रोगी के निवास स्थान पर (तारीखें दी जाए) को
 इंट्रा-मस्क्युलर / सब-कोटेनियस इंजेक्शन देने के लिए रूपये प्रभारित / प्राप्त किए।
 (b) that I charged and received Rs. for administering
 intra-muscular/sub-coetaneous injections at my consulting room/ at 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/were not for immunizing or prophylactic
 purposes.
 (घ) कि रोगी का इलाज..... अस्पताल में / मेरे परामर्ष कक्ष में हुआ और इस
 संबंध में मेरे द्वारा नुस्खे में दी गई निम्नलिखित औषधें रोगी की हालत को ठीक करने / गंभीर रूप से खराब
 होने से रोकने के लिए अनिवार्य थी। ये औषध अस्पताल में
 प्राइवेट रोगियों को देने के लिए स्टॉक नहीं की जाती और उनमें ये प्रोपायटरी योग शामिल नहीं है, जिनके
 लिए समान चिकित्सा मान के सस्ते द्रव्य उपलब्ध है न ही ये योग जो मूलतः श्रृंगार सामग्री अथवा
 निःसंक्रामक है।
 (d) that the patient has been under treatment at my consulting room, and that the
 under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for
 the recovery/ prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The
 medicines were not stocked in **IISS Dispensary** for supply to private patients and
 do 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. Sl. No.	दवाइयों के नाम Name of Medicines	कीमत Cost
1		
2		
3		
4		
5		

- (द) कि रोगी..... से पीड़ित है / या 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 किए थे, वे आवश्यक थे और वे मेरी सलाह से (अस्पताल / प्रयोगशाला) में किए गए थे, चूंकि ये सभी आवश्यक इलाज / परीक्षण निकटतम सरकारी अस्पताल में उपलब्ध नहीं थे।
- (g) that the X-Ray, laboratory tests for which an expenditure of Rs. incurred, were necessary and were undertaken on my advice at (Hospital/Laboratory) as all these requisite treatment/tests were not available in the nearest Govt. hospital.
- (ज) कि मैंने रोगी को विशेष परामर्श के लिए डा. के पास भेजा था और (राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम) का नियमों के अनुसार यथापेक्षित 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 Admin. Medical Officer) as required under the rules was obtained.
- (झ) कि रोगी को अस्पताल में रखना आवश्यक नहीं था / आवश्यक था।
- (i) that the patient did not require/ required-hospitalization.

टिप्पणी(N.B.): सभी मामलों में जो प्रमाण-पत्र लागू न हो उसे चिकित्सा अधिकारी द्वारा काट दिया जाना चाहिए। *Certificate not applicable should be struck off by the Medical Officer in all cases.*

दिनांक Dated:

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर और पदनाम तथा उस अस्पताल / चिकित्सालय का नाम जिससे वह संबद्ध है
Signature, Designation and Degree of the Medical Officer and Hospital/ Dispensary to which attached

प्रमाण-पत्र (क) अनिवार्य है एवं इसे भरा जाना चाहिए
Certificate (A) is compulsory and must be filled in

- (ड) कि जिन एक्सरे, प्रयोगशाला जांच आदि के लिए रुपये खर्च किए थे, वे आवश्यक थे और वे मेरी सलाह से (अस्पताल/प्रयोगशाला) में किए गए थे, चूंकि ये सभी आवश्यक इलाज/परीक्षण निकटतम सरकारी अस्पताल में उपलब्ध नहीं थे।
- (e) that the X-Ray, laboratory tests for which an expenditure of Rs. was incurred, were necessary and were undertaken on my advice at (Hospital/Laboratory) as all these requisite treatment/tests were not available in the nearest Govt. hospital.
- (च) कि मैंने रोगी को विशेष परामर्श के लिए डा. के पास भेजा था और (राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम) का नियमों के अनुसार यथापेक्षित आवश्यक अनुमोदन प्राप्त कर लिया गया था।
- (f) that I referred the patient to Dr. for specialist consultation and that the necessary approval of the (Name of the Chief Admin. Medical Officer) as required under the rules was obtained.

दिनांक Date:

.....
अस्पताल में रोगी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर और पदनाम
Signature and Designation of the Medical
Officer-in-Charge of the case at the hospital

भाग 'ख' / PART 'B'

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी इलाज के लिए अस्पताल में रहा है और यह कि विशेष परिचारिकाओं की जिन सेवाओं के लिए संलग्न बिलों तथा वाउचरों के अनुसार रुपये खर्च किए गए, वे रोगी की हालत को ठीक करने/गंभीर रूप से खराब होने से रोकने के लिए अनिवार्य थे।

I certify tht the patient has been under treatment at the hospital and that the services of the special nurses, for which an expenditure of Rs. was incurred vide bills and vouchers attached, were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

दिनांक Date:

.....
अस्पताल में रोगी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर और पदनाम
Signature and Designation of the Medical
Officer-in-Charge of the case at the hospital

प्रतिहस्ताक्षरित / COUNTERSIGNED

.....
अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक
Medical Superintendent of the Hospital

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी इलाज के लिए अस्पताल में रहा है और यह कि उसे जो सुविधाएं दी गईं वे रोगी के इलाज के लिए अनिवार्य न्यूनतम सुविधाएं थीं।

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

स्थान Place :

दिनांक Date:

.....
अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक
Medical Superintendent of the Hospital