

केन्द्रीय कटाई उपरान्त अभियान्त्रिकी एवं प्रौद्योगिकी संस्थान

लुधियाना/अबोहर

Central Institute of Post Harvest Engineering & Technology

LUDHIANA/ABOHAR.

के० क० उ० अभि० एव प्रो० सं०, कर्मचारियों तथा उनके परिवार की डाक्टरी परिचर्या और/या इलाज पर हुई डाक्टरी खर्च की वापसी का दावे करने का आवेदन पत्र

Application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance and/or treatment of CIPHET Employees and their families.

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

N.B. Separate form should be used for each patient.

1. सरकारी कर्मचारी का नाम और पद
(साफ अक्षरों में)
Name and designation of the Government servant
(in block letters)
 - 1) क्या विवाहित या अविवाहित
 - 1) Whether Married or Unmarried
 - 2) यदि विवाहित हो तो पति/पत्नी के नौकरी का स्थान
 - 2) If married the place where wife/husband is employed
2. विभाग/उपविभाग/इकाई का नाम
Name of Division/Section/Unit
3. आधारभूत नियमों में वेतन को दी गई परिभाषा के अनुसार सरकारी कर्मचारी का वेतन यदि अन्य कोई उपलब्धियां हो तो उन्हें अलग से दिखाया जाना चाहिए ।
Pay of the Government servant as defined in the Fundamental Rules and any other emoluments which should be shown separately.
4. नौकरी का स्थान
Place of duty
5. निवास का वास्तविक पता
Actual residential address
6. रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारी से उसका सम्बन्ध
Name of the patient and his/her relationship to the Govt. servant
ध्यान दीजिए—यदि बीमार बच्चा हो तो उसकी उम्र भी लिखी जाए ।
N.B. - in the case of children state age also.
7. रोगी किस स्थान पर बीमार पड़ा ।
Place at which the patient fell ill.
8. दावे की रकम का व्योरा ।
Details of the amount claimed
डाक्टरी परिचर्या
MEDICAL ATTENDANCE
 - 1) निम्नलिखित बातों का निर्देश करते हुए परामर्श फीस
Fees for consultation indicating
 - क) जिस चिकित्सा अधिकारी से परामर्श लिया गया है उसका नाम पद तथा उस अस्पताल या औषधालय का नाम जिसमें यह अधिकारी सम्बद्ध है ।
 - a) the name and designation of the medical officer consulted and the hospital or dispensary to which attached.
 - ख) कितनी बार और किस-किस तारीख को परामर्श लिया और हर परामर्श के लिये कितनी-कितनी फीस दी गई है ।
 - b) the number and dates of consultations and the fee paid for each consultation.
 - ग) कितनी सुईयां किन-किन तारीखों को लगी और हर सुई के लिए कितनी फीस देनी पड़ी ।
 - c) the number and dates of injection and the fee paid for each injection.
 - घ) क्या परामर्श और/या सुईयां अस्पताल में ली गई या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास स्थान पर ।
 - d) whether consultation and/or injections were held at the hospital at the consulting room of the medical officer or at the residence of the patient.

2) रोग का निदान करते समय किए गए विकृति वैज्ञानिक जीवाणु और ऐसे ही दूसरे परीक्षणों का खर्च लिखिए और निम्नलिखित बात बतलाइए :
Charges for pathological, bacteriological, radiological or other similar tests undertaken during diagnosis indicating :

क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण हुए

a) the name of the hospital or laboratory where the tests were undertaken and

ख) क्या ये परीक्षण प्रविकृत चिकित्सा परिचालक की सलाह पर हुए यदि हां तो उसका प्रमाण पत्र लगाएं ।

b) whether the tests were undertaken on the advice of the authorised medical attendant, if so, a certificate to that effect should be attached.

ग) बाज़ार से खरीदी गई दवाओं का मूल्य ।

c) cost of medicines purchased from the market.

(दवाओं की सूची, नकद पत्र और आवश्यक प्रमाण पत्र लगाइए)

List of medicines, cash memos and the essentiality certificates should be attached)

9. कुल कितनी धन राशि का दावा है ?

Total amount claimed Rs.

10. को लिया गया अग्रिम धन घटाकर

रु.

Last advance taken on Rs.

11. दावे की शुद्ध रकम

Net amount claimed Rs.

12. संलग्न पत्रों की सूची

List of enclosures

इस घोषणा पर सरकारी कर्मचारी हस्ताक्षर करें
DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT

मैं घोषित करता हूं कि इस प्रार्थना पत्र में दिया गया ब्यान मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार ठीक है और जिस व्यक्ति के ऊपर चिकित्सा व्यय किए है, वह पूणतः मेरे ऊपर आश्रित है ।

I hereby declare that the statements in this 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.

Date

तारीख

Signature of the Government Servant and office to which attached

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर और कार्यालय जिसमें वह काम कर रहा है ।

रु..... (.....)

Passed for Payment of Rs.

..... मात्र भुगतान हेतू मंजूर किया जाता है ।)

(Rupees

.....)

आहरण एवं संवितरण अधिकारी

Drawing & Disbursing Officer