



केन्द्रीय पटसन एवं समवर्गीय रेशा अनुसंधान संस्थान
CENTRAL RESEARCH INSTITUTE FOR JUTE & ALLIED FIBRES

(भारतीय कृषि अनुसंधान परिषद)

(Indian Council of Agricultural Research)

नीलगंज, बैरकपुर, कोलकाता-700120 : पश्चिम बंगाल

NILGANJ : BARRACKPORE: KOLKATA-700120 : WEST BENGAL



केन्द्रीय सरकार के कर्मचारियों एवं उनके परिवार वालों की प्राधिकृत चिकित्सक द्वारा कराई गई चिकित्सा खर्च की प्रतिपूर्ति हेतु दावा करने का आवेदन-प्रपत्र

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 BY AUTHORISED MEDICAL ATTENDANT.

दृष्टव्य: प्रत्येक रोगी के लिए अलग-अलग प्रपत्र का प्रयोग किया जाए

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

1. सरकारी कर्मचारी का नाम एवं पदनाम (स्पष्ट अक्षरों में)
Name & Designation of Govt. Servant(in Block letters) _____
- i) क्या विवाहित/अविवाहित हैं
Whether married or unmarried _____
- ii) यदि विवाहित हों तो पति/पत्नी का कार्यस्थल
If married, the place whether wife/ husband is employed _____
2. कार्यालय का नाम जहाँ कार्यरत हैं
Office in which employed _____
3. मूल नियमावली में परिभाषित के अनुसार सरकारी कर्मचारी का वेतन तथा अन्य परिलब्धियाँ अलग से दिखाई जाएं
Pay of the Govt. servant as defined in the fundamental Rules and any other emoluments allowances which should be shown separately _____
4. कार्यस्थल/Place of duty _____
5. वर्तमान निवास स्थान का पता/Actual residential address _____
6. रोगी का नाम तथा सरकारी कर्मचारी के साथ उसका संबंध
Name of the patient and his/her relationship to the Govt. servant _____
7. किस स्थान पर रोगी अस्वस्थ हुआ
Place at which the patient fell ill _____
8. दावा की गई धनराशि का विवरण
Details of the amount claimed _____
- i) चिकित्सक के परामर्श शुल्क का उल्लेख करें
Fees for consultation indication _____
 - a) इलाज करने वाले चिकित्सा अधिकारी का नाम एवं पदनाम तथा अस्पताल या औषाधालय का नाम जिससे वे संबद्ध हैं
The name & designation of the Medical Officer consulted and the Hospital or dispensary to which attached _____

**दृष्टव्य : बच्चों के मामले में आयु का उल्लेख करें

**N.B. : In the case of children state age also

(ख) कितनी बार किन-किन तारीखों को चिकित्सा कराई गई तथा प्रत्येक बार दिए गए शुल्क का उल्लेख करें

The number & dates of consultation & the fee paid for each consultation

(ग) कितनी बार एवं किन-किन तारीखों को सूईयां लगाई गईं तथा प्रत्येक बार दिए गए शुल्क का उल्लेख करें

The number of dates of injection and the fee paid for each consultation

(घ) क्या परामर्श करने और/या सूई लगवाने का कार्य अस्पताल, चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष या रोगी के निवास स्थान पर किया गया

Whether consultation and/or injection were had at the hospital, at the consulting room of the Medical Officer or at the residence of the patient

ii) रोग निदान विज्ञान, जीवाणु विज्ञान, विकिरण-चिकित्सा विज्ञान से संबंधित या रोग निदान के दौरान अन्य सदृश्य परीक्षण के खर्च का उल्लेख करें Charges for pathological bacteriological radiological or other similar tests undertaken during diagnosis indicating

(क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण कराया गया

The name of the hospital or Laboratory where undertaken and

(ख) क्या परीक्षण प्राधिकृत चिकित्सा के परामर्श पर कराया गया? यदि हाँ तो उससे संबंधित एक प्रमाण-पत्र संलग्न किया जाए

Whether the tests were undertaken on the advance of the authorized medical attendant. If so, a certificate to the effect should be attached

iii) बाजार से खरीदी गई औषधि की कीमत औषधि, नकदी रसीद की सूची तथा आवश्यक प्रमाण पत्र संलग्न किया जाए

Cost of medicine purchased from the market(List of medicines, cash memos and the essential certificates should be attached)

9. दावा की गई कुल राशि/ Total amount claimed

10. अनुलग्नक की सूची/ List of enclosures

घोषणा सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए

DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT

मैं एतद्वारा घोषित करता हूँ कि/ I do hereby declare that,

आवेदन-पत्र में दिया गया विवरण मेरी जानकारी और विवरण के अनुसार सही है तथा जिस व्यक्ति द्वारा चिकित्सा-व्यय वहन किया गया वह पूर्णतया मेरे ऊपर आश्रित है।

The statement in the application is true to the best of my knowledge and belief and that the person from whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me.

दिनांक/ Dated, the

सरकारी कर्मचारी का हस्ताक्षर तथा कार्यालय का नाम जहाँ कार्यरत है
Signature of the Government Servant and office to which attached

प्रमाण पत्र – 'क' / CERTIFICATE – 'A'

डॉ./श्री/श्रीमती _____ पत्नी/पुत्र/पुत्री/माता/पिता _____
जो _____ में कार्यरत हैं को प्रमाण पत्र प्रदान किया है।

(अस्पताल में भर्ती न किए गए रोगियों के मामले में भरा जाए)।

Certificate granted to Dr./Shri/Smt. _____ Wife/Son/
Daughter/Mother/Father of _____ employed in
the _____

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

क) मैं, डॉ० _____ एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ कि मैं अपने परामर्श कक्ष/ रोगी के निवास
स्थान पर रोगी को दिनांक _____ को परामर्श हेतु _____ (_____
_____ ₹) मात्र लिया।

a) I, Dr. _____ hereby certify that received
_____ (_____
_____) only for _____ consultation on
_____ at my consulting room/the residence of the patient.

ख) मैं अपने परामर्श कक्ष/रोगी के निवास स्थान पर अन्तःसिरा/अन्तःपेशी अवत्वचीय सूई लगाने के लिए _____
_____ रु० (_____) मात्र लिया।

b) That I charged and received _____ (_____
_____) only for administering _____
intravenous/intramuscular/subcutaneous injections on _____ at my consulting
room / the residence of the patient.

ग) लगायी गयी सूई या प्रतिरक्षण रोग निरोधी प्रयोजन के लिए नहीं थी।

c) That the injections administered were not immunizing or prophylactic purposes.

घ) रोगी की _____ अस्पताल/मेरे परामर्श कक्ष में चिकित्सा की गई तथा रोगी की गंभीर
बिगड़ती अवस्था को ठीक करने के लिए मेरे द्वारा लिखी गई निम्नलिखित औषधियाँ आवश्यक थीं
_____ (अस्पताल का नाम) में प्राईवेट रोगियों के लिए औषधियाँ नहीं रखी जाती हैं तथा न तो स्वामित्व
प्रतिष्ठान के समान चिकित्सीय मूल्य की सस्ती वस्तुयें ही मिलती हैं न तो भोजन, शौचघर या रोगाणुनाशी प्रसाधान ही
उपलब्ध होते हैं।

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

क्र.सं./Sl. No औषधि का नाम/Name of the medicines

घनराशि/Amount रु./Rs. पै./P

- ड0) तथा रोगी _____ रोग से ग्रस्त है/था तथा दिनांक _____ से _____ तक मेरे द्वारा उसकी चिकित्सा की गई है/थी।
- (e) That the patient is/was suffering from _____ and is/ was under my treatment from _____ to _____.
- च) रोगी को प्रसव पूर्व तथा प्रसव के पश्चात् चिकित्सा नहीं की गई/की गई थी।
- (f) That the patient is/was not given pre-natal or postnatal treatment.
- छ) एक्सरे प्रयोगशाला परीक्षण आदि कराने के लिए रु. _____ (_____ रुपये) मात्र का खर्च जरूरी था तथा मेरी सलाह से _____ (अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम) परीक्षण कराया गया।
- (g) That the X-ray, Laboratory test, etc. for which an expenditure of ₹ _____ (₹ _____) only was incurred was necessary and were undertaken on my advice at _____ at _____ (name of the hospital or laboratory).
- ज) मेरे द्वारा रोगी डा. _____ के पास विशेषज्ञ परामर्श के लिए भेजा तथा इस विषय में नियमानुसार _____ (राज्य के मुख्य प्रशासनिक अधिकारी का नाम) से आवश्यक स्वीकृति ले ली गई थी।
- (h) That I referred the patient to Dr. _____ for specialist consultation and that the necessary approval of the _____ (name of the Chief Administrative Officer of the State) as required under the rules was obtained.
- झ) रोगी को अस्पताल में भर्ती करना जरूरी नहीं था।
- (i) That the patient did not require/required hospitalization.

तारीख/Dated, the _____

चिकित्सा अधिकारी का हस्ताक्षर एवं पदनाम
तथा अस्पताल/चिकित्सालय का नाम जिससे संबंध हो
Signature & Designation of the Medical Officer &
Hospital/ Dispensary to which attached.

द्रष्टव्य: जो बातें लागू न हों उन्हें काट दें। प्रमाण-पत्र अनिवार्य है तथा चिकित्सा अधिकारी द्वारा सभी मामले अवश्य भरे जाने चाहिए।

N.B. Certificates not applicable should be struck off. Certificate(s) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.