



पंडित सुंदरलाल शर्मा केंद्रीय व्यावसायिक शिक्षा संस्थान, भोपाल
PSS CENTRAL INSTITUTE OF VOCATIONAL EDUCATION, BHOPAL

चिकित्सा व्यय की धन वापसी के लिए आवेदन पत्र

APPLICATION FOR REEIMBURSEMENT OF MEDICAL CLAIM

1	सरकारी कर्मचारी का नाम और पदनाम (साफ अक्षरों में) Name and designation of Government Servant (in Block Letters) विवाहित या अविवाहित / Whether married or unmarried यदि विवाहित है, तो वह स्थान जहां पति/पत्नी कार्यरत हैं If married, the place whether husband/wife is employed	
2	किस कार्यालय में कार्यरत/Office in which employed	
3	वेतन / Pay in the Band and Level	
4	नौकरी का स्थान/Place of Duty	
5	निवास का वास्तविक पता/ Actual residential address	
6	रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारी से उसका संबंध (बच्चे की आयु भी दर्शाई जाए) Name of the Patient and his/her relationship with the Government servant (in case of children, mention age also)	
7	रोगी किस स्थान पर बीमार है/Place at which the patient fell ill	
8	बीमारी के लक्षण और उसकी अवधि/ Nature of illness and its duration	
9	दावे की राशि का ब्योरा/Details of amount claimed	
10	चिकित्सा परिचर्चा/ Medical Attendance	
	(i) निम्नलिखित बातों का निर्देश करते हुए परामर्श शुल्क / 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 संबद्ध है। (a) The name and designation of the medical officer consulted and the Hospital or dispensary to which attached. (ख) परामर्श की संख्या और तिथि और प्रत्येक परामर्श के लिए कितनी-कितनी फीस दी गई (b) The number & dates of consultation and the fee paid for each consultation. (ग) इंजेक्शन की संख्या और तारीख और प्रत्येक इंजेक्शन के लिए भुगतान किया गया शुल्क (c) The number and date of injections and the fee paid for each injection (घ) क्या परामर्श चिकित्सा अधिकारी से अस्पताल में, परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास पर लिया गया था। (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. (ii) पैथोलॉजिकल, बैक्टीरियोलॉजिकल और रेडियोलॉजिकल एवं अन्य परीक्षणों के लिए किया गया भुगतान Charges for pathological, bacteriological and radiological of other similar tests undertaken diagnosis indicating (अ) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण हुए और क्या वे परीक्षण प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की सलाह पर हुए, यदि हां तो उसका प्रमाण-पत्र इसके साथ लगाए (a) The name of the hospital or laboratory where the tests whether the tests were undertaken at the advice of the Authorized Medical Attendant. If so, a certificate to that effect should be attached. (ब) बाजार से खरीदी गई दवाओं का मूल्य। (दवाओं की सूची केश मेमो और आवश्यक प्रमाण पत्र संलग्न किए जाए) (b) Cost of medicines purchase from the market. (List of medicines cash memos and the essentiality certificate should be attached.	
10	कुल कितनी राशि का दावा है / Total amount claimed	
11	संलग्न दस्तावेजों की सूची / List of enclosures	
12	इस घोषणा पर सरकारी कर्मचारी हस्ताक्षर करें/DECLARATION TO BE SIGNED BY THE COUNCIL SERVANT मैं इस बात की घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिए गए कथन मेरे ज्ञान और विश्वास से सही हैं और यह कि जिन रोगियों के लिए चिकित्सा व्यय किया गया था, वे मुझ पर पूरी तरह निर्भर हैं। प्रमाण पत्र में जिस संबंध में प्रतिपूर्ति का दावा किया गया है, सभी स्रोतों से उनकी आय 9000/- रुपए प्रति माह से ज्यादा नहीं है। I hereby declare the statements in this application are true to the best of my Knowledge and belief and that the patient for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me. Certificate that in respect of whom reimbursement has been claimed, their income from all sources do not exceed Rs. 9000/- per month. दिनांक/Date: परिषद के कर्मचारी के हस्ताक्षर और कार्यालय जहां पर पदस्थ है Signature of the Council Servant and office to which attached	
	भुगतान के लिए पारित की गई राशि रूपए..... (रूपए.....) Passed for payment of Rs. _____ (Rupees _____ only) दिनांक /Date: वरिष्ठ लेखा अधिकारी /Sr. Account Officer	

आवश्यक प्रमाण पत्र 'अ' / ESSENTIALITY CERTIFICATE 'A'

प्रमाणित किया जाता है कि डॉ./श्री/श्रीमती/कुमारी..... श्री/श्रीमती की पत्नी/पुत्र/पुत्री.....
पीएसएससीआईवीई में कार्यरत है।
Certificate granted to Dr. / Shri/ Mrs./Ms. wife/son/daughter of Shri/Mrs.
employed in the PSSCIVE, Bhopal

भाग-अ / PART-A

(बहिरंग रोगियों के लिए जिन्हें अस्पताल में ईलाज के लिए भर्ती न किया गया हो तब भरा जाए)
(TO BE COMPLETED IN CASE OF PATIENTS WHO ARE NOT ADMITTED TO THE HOSPITAL FOR TREATMENT)

- डॉ. इसे प्रमाणित करता है कि- / Dr. hereby certify.
(क) यह कि दिए गए इंजेक्शन असंक्रमीकरण/रोगनिरोधक करने या न करने के उद्देश्य से थे।
(a) That the injections administered were/were not for immunizing or prophylactic purposes
(ख) वह रोगी चिकित्सा विभाग का स्थान..... अस्पताल में इलाज प्राप्त कर रहा है.....
..... और मेरे द्वारा इस संबंध में निर्धारित निम्न औषधियां स्वास्थ्य लाभ/रोगी की गंभीर विकृती की रोकथाम के लिए बहुत आवश्यक थी, जिनका स्टॉक..... अस्पताल में उपलब्ध नहीं है, जिसके लिए समान चिकित्सा महत्व रखने वाले सस्ते पदार्थ उपलब्ध नहीं है और जिसमें आमतौर पर अन्न, प्रसाधान या रोगाणुनाशी शामिल नहीं है।
(b) That the patient has been under treatment at hospital and that the undermentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/prevention or various deterioration in the condition of the parent. The medicines are not stocked in the (name of hospital for supply to private patients and do not include propriety preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants

SN	औषधियों का नाम /Name of Medicines (in capital letter)	मात्रा/Quantity	मूल्य /Price
1.			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10.			

- (ग) यह कि उपरोक्त रोगी जो कि से बीमार है/था। मेरे अधीन चिकित्सा से तक पा रहा है/था।
(C) that the patient is/ was suffering from and is/was under my treatment from To
(घ) यह कि उस रोगी को जन्म पूर्व अथवा जन्म के बाद संबंधित कोई चिकित्सा प्रदान नहीं की गई थी।
(d) that the patient is/was not given natal or post-natal treatment.
(च) यह की एक्सरे तथा प्रयोगशाला परीक्षण आदि के लिए व्यय हुई राशि रु आवश्यकतानुसार मेरी सलाह के अनुसार (अस्पताल/प्रयोगशाला का नाम) में परीक्षण किया गया था।
(e) The X-ray, laboratory test, etc. for which an expenditure of Rs. ----- Was incurred was necessary and were undertaken on my advice at ----- (name of the hospital or laboratory).
(छ) मैंने रोगी को डॉ से विशेष विचार-विमर्श के लिए निर्देश दिया है और इसके लिए रोगी द्वारा आवश्यक अनुमती (जिला चिकित्सा अधिकारी का नाम) से प्राप्त कर ली गई।
(f) That I referred that patient to Dr. ----- for specialist consultation and that the necessary approval of the (name of Chief Administrative Officer of the State) as required under the rules, was obtained.
(ज) यह कि रोगी को अस्पताल में रहने की आवश्यकता नहीं है।
(g) That the patient did not require/ required hospitalization.

दिनांक / Date:

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर तथा
पदनाम और संबद्ध अस्पताल/दवाखाना
Signature and designation of the Officer at the hospital
and the hospital dispensary to which attached