

केन्द्रीय सरकारी कर्मचारियों तथा उसके परिवार की डाक्टरी परिचर्या और/इस पर इलाज पर हुए खर्च 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

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)  
(i) क्या विवाहित/अविवाहित है  
(ii) यदि विवाहित है तो पत्नी/पति के कार्य का स्थान  
if married, the place where wife/husband  
is employed

2. किस कार्यालय में काम कर रहा है  
Office in which employed

3. आधारभूत नियमों में वेतन की दी गई परिभाषा के अनुसार सरकारी कर्मचारी का वेतन, यदि अन्य कोई उपलब्धियाँ 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 Government 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 ब्यौरा -  
Details of the amount claimed  
Name and designation of the Medical Officer  
(a) बाजार से खरीदी गई दवाओं का मूल्य  
Costs of medicines purchased from the market

(दवाओं की सूची, नगद-पत्र और परमाश्यकता प्रमाण-पत्र साथ लगाएँ)  
(List of medicines, cash memos and the essentiality certificates should be attached)

9. कुल कितनी धनराशि का दावा है ?  
Total amount claimed

रु०  
Rs.

10. 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 हूँ कि इस प्रार्थना-पत्र में दिया गया बयान मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार ठीक है और जिस व्यक्ति के ऊपर चिकित्सा व्यय किए गए हैं, मेरे ऊपर आश्रित है।

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

तारीख

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

Signature of the Government servant and office to which attached