

भारतीय फ़िल्म और टेलीविज़न संस्थान

FILM & TELEVISION INSTITUTE OF INDIA

सूचना एवं प्रसारण मंत्रालय का अनुमोदन पत्र संख्या 12011/5/2019 खंड. I आईडीओ (एफ़टीआई) दिनांक 23.04.2020

Approval of Ministry of Information and Board casting letter no. 12011/5/2019 VOI. I IDO(FTI) dated 23.04.2020.

चिकित्सा उपस्थिति और सेवानिवृत्त भाफ़िटेस कर्मचारियों और उनके पति या पत्नी के उपचार के संबंध में किए गए चिकित्सा व्यय के प्रतिदाय का दावा करने के लिए आवेदन प्रपत्र

Form of Application for claiming refund of Medical expenses incurred in connection with medical attendance and or treatment of Retired FTII Employee's and their spouse.

- 1) (क) सेवानिवृत्त भाफ़िटेस कर्मचारी का नाम  
Name of the Retired FTII Employee  
(ख) भाफ़िटेस आई.डी संख्या FTII ID No  
(ग) कार्ड और आईडी कार्ड की वैधता Validity of CARD/ID  
(घ) वार्ड की पात्रता - गैर-सरकारी अर्ध सरकारी सामान्य Ward Entitlement -Pvt/ Semi-Pvt/ General  
(ङ) पूरा पता Full Address  
(च) मोबाइल/ टेलिफ़ोन नं और ई-मेल एड्रेस. यदि कोई हो  
Mobile/ Telephone No. And e-mail address, If any
- 2) (क) मरीज़ का नाम Patient Name  
(ख) कार्ड और आईडी धारक के साथ संबंध  
Relationship with card / ID Holder
- 3) अस्पताल/ निदान केंद्र/ इमेजिंग केंद्र का नाम व पता जहाँ इलाज से और जाँच हो रहे हैं  
Name & address of the hospital/ diagnostic centre Imaging centre  
where treatment is taken or lasts done
- 4) यदि अस्पताल/ निदान केंद्र/ इमेजिंग केंद्र, केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना के अंतर्गत आता है  
Whether the hospital /diagnostic/imaging center is Empanelled under CGHS
- 5) दावा की गई कुल राशि - Total amount claimed  
(क) ओपीडी इलाज-OPD Treatment  
(ख) इनडोर इलाज- Indoor Treatment  
(ग) परीक्षा/ जाँच- Tests/Investigation  
(घ) इलाज की अवधि-Treatment period
- 6) बैंक का नाम.....बचत खाता संख्या.....  
Name of the Bank..... SB A/c No.....  
ब्रांच एमआईसीआर कोड.....आईएफ़एससी कोड.....  
Branch MICR Code..... IFSC Code.....
- 7) संलग्न किए जाने वाले दस्तावेज- Documents to be attached  
(क) मरीज़ का कार्ड सहित मुख्य कार्ड धारक के पहचान पत्र की फोटोकॉपी  
Photo copy of the ID Card of the principal card holder along with the patients card  
(ख) अनुमति पत्र की प्रति, यदि कोई है  
copy of permission letter, if any  
(ग) डिस्चार्ज सारांश की प्रति  
copy of the discharge summary  
(घ) दावा की गई राशि की प्रतिपूर्ति के लिए मूल बिल/ कैश मेमो/ वाउचर, आदि  
(Original bills/cash memo / vouchers etc. For the reimbursement amount claimed.

सेवानिवृत्त कर्मचारी के हस्ताक्षर

Signature of the Retired Employee



**घोषणा जिस पर सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर किए जाते हैं  
DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVT. SERVANT**

मैं एतद् द्वारा घोषित करता / करती हूँ कि इस आवेदन में दिए गए विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के आधार पर सत्य है तथा जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूर्णतः मुझपर अभिन्न है।

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

प्रमाणित किया जाता है कि मेरे निवासस्थान से दो कि. मी. की दूरी में सरकारी सस्ते दामों वाली दुकान, सरकारी उपभोक्ता स्टोर, केन्द्र अथवा राज्य सरकारी अथवा स्थानिक निकाय, अथवा सहकारी सोसायटी एक्ट के अन्तर्गत अन्य किसी संगठन द्वारा संचालित दवाई के भण्डार नहीं है।

Certified that there is no Govt. Fair Price Shop / Co-operative Consumers' Stores / Drug Depots run by the Central or State Govt. or Local Bodies or any other organisation under the Co-Operative Societies Act, within two kilometers radius from my residence.

दिनांक : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_

कर्मचारी के हस्ताक्षर  
Signature of the Employee

**प्राप्तिपूर्व रसीद  
PRE RECEIPT**

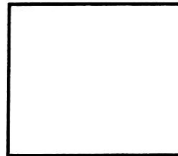
दावे की राशि रु.  
Amount Claimed Rs. \_\_\_\_\_

रु. \_\_\_\_\_ रुपये \_\_\_\_\_  
की राशि प्राप्त हुई  
Received sum of Rs. \_\_\_\_\_

नामंजूर राशि रु.  
(Less) Amount disallowed Rs. \_\_\_\_\_

Rupess \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर / Signature



निवल रु.  
Net Amount Rs. \_\_\_\_\_

नाम / Name

पदनाम / Designation

रु. ५००/- तथा इससे अधिक राशि के लिए राजस्व टिकट लगाईए।

Please affix Revenue Stamp for Rs. 500/- and above.

बैंक का नाम / Name of Bank \_\_\_\_\_

खाता नं. / Account No. \_\_\_\_\_

रु. \_\_\_\_\_ भुगतान के लिए दावा मंजूर किया गया

Claim Passed for payment for Rs. \_\_\_\_\_

कार्यवाही सहायक/D.A.

लेखा अधिकारी  
ACCOUNTS OFFICER