

भारतीय फिल्म और टेलीविजन संस्थान

FILM & TELEVISION INSTITUTE OF INDIA

चिकित्सा 97 / Med. 97

केंद्र सरकार के कर्मचारियों और उनके परिवारों की चिकित्सा और / अथवा
उपचार के खर्च की प्रतिपूर्ति हेतु आवेदन पत्र

**Form of Application for claiming refund of medical expenses incurred
in connection with medical attendance and or treatment of
Central Govt. Servants and their families.**

1. सरकारी कर्मचारी का नाम तथा पदनाम

Name and Designation of the Govt. Servant

क्या विवाहित / अविवाहित हैं।

Whether married or unmarried

यदि विवाहित हैं तो पत्नी/पति कहां काम करती / करते हैं।

If married the place where
wife / husband is employed

2. किस कार्यालय में कार्यरत है।

office in which employed

3. सरकारी कर्मचारी का मौलिक अधिकार के अंतर्गत निर्धारित वेतन और अन्य उपलब्धियों के अलग से दिखाये।

Pay of the Government Servant as defined in the Fundamental Rules and any other emoluments,
which should be shown separately.

वेतन / Pay :

Matrix Pay

4. कार्यस्थल

Place of Duty

5. वर्तमान निवास का पता

Actual current residential address

6. रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारी के साथ उसका संबंध

Name of the patient and his/ her relationship with the Govt. Servant

टिप्पणी - यदि बच्चे हैं तो आयु का भी उल्लेख करें।

7. रोगी किस स्थान पर बीमार पड़ा।

Place where the patient fell ill.

8. दावे की राशि का विवरण

Details of the amount claimed

1. चिकित्सा परिचारक

MEDICAL ATTENDANCE

(I) परामर्श शुल्क

(I) Fees for consultation, indicating :

(क) परामर्श देनेवाले चिकित्सा अधिकारी का नाम तथा पद और उस दवाखाने का नाम जिससे वे सम्बन्ध है ।

(a) The name and designation of the Medical officer consulted and the hospital or dispensary to which attached.

(ख) परामर्श कितने बार और किन = किन तारीखों में किया गया तथा प्रत्येक परामर्श के लिए दिया गया शुल्क ।

(b) The number and dates of consultations and the fee paid for each consultation.

(ग) इंजेक्शनों की संख्या और दिनांक तथा प्रत्येक के लिए दिया गया शुल्क ।

(c) The number and dates of injections and the fee paid for each Injection

(घ) क्या परामर्श और/अथवा इंजेक्शन्स अस्पताल में अथवा रोगी के निवास पर दिए गए ।

(d) Whether consultations and / or injections were had at the hospital or at the residence of the patient.

(ii) रोगनिदान के दौरान विकृति, जीवाणु तथा विकिरण सम्बन्धी जाँच अथवा अन्य इसी प्रकार की जाँच के लिए दिए गए प्रभार ।

(ii) Charges for pathological bacteriological radiological or other similar tests undertaken during diagnosis, indicating.

(क) अस्पताल / प्रयोगशाला का नाम जहाँ चिकित्सा सम्बन्धी परीक्षण किए गए ।

(a) The name of the hospital of laboratory Where the tests were undertaken, and

(ख) क्या जाँच, प्राधिकृत चिकित्सक की सलाह पर की गई ? यदि हां तो, उस आशय का प्रमाणपत्र संलग्न किया जाए ।

(b) Whether the tests were undertaken on the advice of the authorised medical attendant. If so, a Certificate to that effect should be attached.

MEDICAL ATTENDANCE

- (दवाइयों को सूची, बिल और आवश्यक प्रमाणपत्र संलग्न किए जाए ।)
(List of medicines, memos and Essentiality Certifications should be attached)

- (ग) दावे की निवल राशि
(c) Net amount claimed

(iv) बिल
Cash Memo (s)

[illegible]

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 अभिहित 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

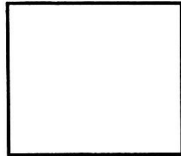
Received sum of Rs. _____

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