

सरकारी कर्मचारियों और उनके परिवार के सदस्यों का चिकित्सा सहायता और/या उपचार के संबंध में हुए चिकित्सा व्यय की वापसी के दावे हेतु आवेदन का प्रपत्र

1.	सरकारी कर्मचारी का नाम और पदनाम (साफ अक्षरों में)	:
	क. विवाहित या अविवाहित	:
	ख. यदि विवाहित है तो पत्नी/पति के कार्यस्थल का विवरण	:
2.	कार्यालय का नाम	:
3.	कर्मचारी का वेतन, जैसाकि मूल नियमों में परिभाषित है, और अन्य परिलब्धियां जिन्हें अलग-अलग दिखाया जाय।	:
4.	कार्यस्थल	:
5.	आवासीय पता	:
6.	रोगी का नाम और उसका सरकारी कर्मचारी से संबंध	:
7.	स्थान का नाम जहां रोगी बीमार हुआ	:
8.	दावे की राशि का विवरण	:

I चिकित्सा सहायता (Medical Attendance) -		
1.	परामर्श शुल्क -	
	(क) परामर्श देने वाले चिकित्सा अधिकारी का नाम व पदनाम और अस्पताल या डिस्पेंसरी जिससे संबद्ध हैं।	:
	(ख) परामर्शों की संख्या और तिथियां तथा प्रत्येक परामर्श हेतु दिया गया शुल्क	:
	(ग) इंजेक्शनों की संख्या और तिथियां तथा प्रत्येक इंजेक्शन के लिए दिया गया शुल्क	:
	(घ) क्या परामर्श और/या इंजेक्शन अस्पताल, चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष या रोगी के घर पर लगाए/लिए गए	:
2.	डाइग्नोसिस के दौरान किए गए पेथोलोजिकल, बैक्टीरियोलोजिकल, रेडियोलोजिकल या अन्य इसी तरह के परीक्षणों हेतु प्रभार -	
	(क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण किए गए; और	:
	(ख) क्या परीक्षण ए.एम.ए. की सलाह पर किए गए। यदि हां तो, इस संबंध में प्रमाण-पत्र संलग्न करें।	:
3.	मार्केट से खरीदी गई दवाइयों की लागत (कैश मेमो और आवश्यक प्रमाण-पत्र संलग्न करें)	:

II. अस्पताल में उपचार (Hospital Treatment) -

अस्पताल में हुए उपचार हेतु प्रभार, प्रभारों को अलग-अलग दर्शाया जाय।

1.	कमरा (Accommodation) (कृपया बताएं कि कमरा सरकारी कर्मचारी के स्तर या वेतन के अनुरूप था और यदि कमरा सरकारी कर्मचारी के स्तर से उच्च दर पर लिया गया हो, तो कमरे के संबंध में एक प्रमाण-पत्र संलग्न करें कि उनकी पात्रता के अनुरूप कमरा उपलब्ध नहीं था।)	:
----	--	---

2.	भोजन (Diet)	:
3.	सर्जिकल ऑपरेशन या चिकित्सा उपचार	:
4.	पेथोलोजिकल, बैक्टियोलोजिकल, रेडियोलोजिकल या अन्य इसी तरह के परीक्षण - (क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण किए गए; और (ख) क्या परीक्षण अस्पताल के चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर किए गए। यदि हां तो, इस संबंध में प्रमाण-पत्र संलग्न करें।	:
5.	दवाइयां (Medicines)	:
6.	विशिष्ट दवाइयां (Special Medicines) (कैश मेमो और आवश्यक प्रमाण-पत्र संलग्न करें)	:
7.	सामान्य उपचार (ओडिनरी नर्सिंग)	:
8.	विशिष्ट उपचार अर्थात् रोगी के लिए विशेष रूप से नर्सों की व्यवस्था। कृपया बताएं कि क्या नर्सों को अस्पताल के चिकित्सा अधिकारी की सलाह या सरकारी कर्मचारी या रोगी के अनुरोध पर रखा गया था। पिछले मामले में चिकित्सा अधिकारी से प्रमाण-पत्र, अस्पताल की चिकित्सा अधीक्षक से प्रतिहस्ताक्षरित करवाकर संलग्न करें।	:
9.	एम्बुलेंस प्रभार (कृपया आने व जाने की यात्रा का उल्लेख करें।)	:
10.	अन्य कोई प्रभार अर्थात् इलेक्ट्रिक लाइट, पंखा, हीटर, एयर कन्डिशनिंग इत्यादि का प्रभार। कृपया यह भी बताएं कि क्या उपर्युक्त सुविधाएं सभी रोगियों को सामान्यतः उपलब्ध करवाई जाने वाली सुविधाओं के भाग हैं और रोगी की इच्छा पर कुछ भी नहीं छोड़ा गया।	:

टिप्पणी-1 : यदि सरकारी कर्मचारी द्वारा राज्य सेवा सचिव (चिकित्सा सहायता) नियम, 1938 के नियम 8 और सी.एस.(एम.ए.) नियम 1944 के नियम 7 के अधीन अपने घर पर चिकित्सा प्राप्त की थी, तो ऐसे उपचार का विवरण दें और नियमानुसार अपने ए.एम.ए. से प्रमाण-पत्र संलग्न करें।

टिप्पणी-2 : यदि सरकारी कर्मचारी द्वारा सरकारी अस्पताल को छोड़कर अन्य अस्पताल से उपचार प्राप्त किया है, तो आवश्यक विवरण और ए.एम.ए. से इस संबंध में प्रमाण-पत्र कि अपेक्षित उपचार किसी भी नजदीकी सरकारी अस्पताल में उपलब्ध नहीं था, प्रस्तुत करें।

III. विशेषज्ञ से परामर्श (Consultation with Specialist) -		
विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी, ए.एम.ए. के अलावा, को दिया गया शुल्क -		
(क)	विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी जिनसे परामर्श लिया गया, का नाम और पदनाम तथा अस्पताल जिनसे संबद्ध हैं।	:
(ख)	परामर्शों की संख्या और तिथियां तथा प्रत्येक परामर्श हेतु दिया गया शुल्क।	:
(ग)	क्या परामर्श अस्पताल, विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष या रोगी के घर पर लिए गए।	:
(घ)	क्या विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से ए.एम.ए. की सलाह पर और राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी की पूर्व स्वीकृति से परामर्श लिए गए, यदि हां तो इस संबंध में प्रमाण-पत्र संलग्न करें।	:
9.	दावे की कुल राशि	: रुपये
10.	लिए गए अभिम को कम करके	: रुपये
11.	दावे की कुल राशि	: रुपये
12.	अनुलग्नकों की सूची	:

घोषणा : सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर हेतु

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि आवेदन-पत्र में दिए गए विवरण मेरी पूर्ण जानकारी और विश्वास में सत्य हैं और जिस व्यक्ति के संबंध में चिकित्सा खर्च किया गया है, वह मेरे ऊपर पूर्ण रूप से आश्रित है।

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर और
कार्यालय का नाम जिससे संबद्ध हैं

दिनांक