

भारतीय पेट्रोलियम संस्थान, देहरादून

INDIAN INSTITUTE OF PETROLEUM

वार्डचर संख्या.....

Voucher No.....

अनुलग्नक-VII

APPENDIX VII

केन्द्रीय सरकार के कर्मचारियों व उनके परिजनों की डाक्टरों की परिचर्या एवं चिकित्सा हेतु हुये चिकित्सोय व्यय के पुर्नलाभ के दावे के लिये आवेदन का प्रपत्र

FORM OF APPLICATION FOR CLAIMING OF MEDICAL EXPENSES INCURRED IN CONNECTION WITH MEDICAL ATTENDANCE AND FOR TREATMENT OF CENTRAL GOVERNMENT SERVANTS AND THEIR FAMILIES.

विशेष : प्रत्येक रोगी के लिये पृथक-पृथक प्रपत्र उपयोग किया जाय।

N.B. separate form should be each patient.

१- सरकारी कर्मचारी का नाम व पद (स्पष्ट अक्षरों में)	1 Name and Designation of the Govt. Servant. (in block letters)
२- कार्यालय जहां सेवारत हैं	2 Office in which employed
३- सरकारी कर्मचारी का वेतन जैसा कि मौलिक नियमों में परिभाषित है एवं अन्य कोई भी परिलब्धियां जिन्हे पृथक रूप से प्रदर्शित किया जाए।	3 Pay of the Govt. servant as defined in the Fundamental Rules and any other employments which should be shown separately
४- वास्तविक निवास का पता	4 Actual residential Address
५- कार्यस्थल	5 Place of duty
६- रोगी का नाम एवं सरकारी कर्मचारी से सम्बन्ध (बच्चे हों तो उनकी उम्र भी लिखें)	6. Name of the patient and his/her relation with the Govt. servant (in case of children state age also)
७- वह स्थान जहाँ रोगी बीमार पड़ा	7. Place at which the patient fell ill
८- अध्वर्यित (मांगा गई) राशि का विवरण :	8. Details of the amount claimed.
१. डाक्टरों की परिचर्या :	
(i) Medical Attendance :	
१. वैद्यकीय परामर्श हेतु शुल्क जिसमें यह भी प्रदर्शित हो-	
(i) Fee for consultation indicating :-	
(क) उस अधिकारी का नाम व पद जिससे परामर्श	

लिया गया हो और उस अस्पताल या औषधालय का नाम जहाँ वे काम करते हों ।

- (a) The name and designation of the officer consulted and the hospital or dispensary at which attached.
- (ख) परामर्श की तिथियाँ और संख्या और प्रत्येक परामर्श के लिये दिये गये शुल्क का विवरण ।
- (b) The number and date of consultations and the fee paid for each consultation
- (ग) इंजेक्शनों की संख्या व तिथियाँ और प्रत्येक इंजेक्शन के लिये अदा किये गये शुल्क का विवरण ।
- (c) the number and dates of injection and the fee paid for each injection.
- (घ) क्या परामर्श/इंजेक्शन अस्पताल में दिये गये ? चिकित्सा अधिकारी के कक्ष में अथवा रोगी के निवास पर ।
- (d) Whether consultation and/or where had at the hospital, at the consulting room of the
२. रोगात्मक (पैथोलोजिकल), जीवाणु-विज्ञानात्मक (बैक्टीरियोलॉजिकल), विवरण चिकित्सा-विज्ञानात्मक (रेडियोलॉजिकल) अथवा रोग निदान के दौरान किये गये अन्य इसी प्रकार के परीक्षणों के लिए शुल्क विवरण जिसमें निम्न निर्देश हों—
- (2) Charges for pathological, bacteriological radiological or other similar tests undertaken during diagnosis indication :
- (क) उस अस्पताल अथवा प्रयोगशाला का नाम जहाँ परीक्षण किये गए हों ।
- (a) the name of the hospital or laboratory where the tests were undertaken.
- (ख) क्या परीक्षण प्राधिकृत चिकित्सकीय परिचारी (आथराइज्ड मेडिकल अटेन्डेंट) की सलाह पर करवाये गये थे ? यदि हाँ, तो इस आशय का एक प्रमाणपत्र संलग्न किया जाय ।
- (b) Whether tests were undertaken on the advise of the authorised Medical Attendant. If so, a certificate to the effect should be attached.
३. बाजार से खरीदी गई दवाइयों का मूल्य, दवाइयों की सूची, कैशमेमो एवं आवश्यकता प्रमाण पत्र संलग्न किये जायें ।
- (3) Costs of medicaments purchased from the market. List of medicaments, Cash memos and the essentiality certificates should be attached,

२. चिकित्सालयीन उपचार :

II HOSPITAL TREATMENT

चिकित्सालय का नाम.....

चिकित्सालयीन उपचार का शुल्क जिसमें पृथक-पृथक रूप से निम्न का निर्देश हो ।

Name of hospital _____

Charges for hospital treatment indicating separately

१. आवास :

(कृपया उल्लेख करें कि क्या यह सरकारी कर्म-
चारी के स्तर अथवा वेतन के अनुरूप था और यदि
आवास सरकारी कर्मचारी के स्तर से उच्चतर
स्तर का न रहा हो तो इस आशय का प्रमाणपत्र
संलग्न करें कि जिस प्रकार के आवास का वह
हकदार था, वह उपलब्ध नहीं था ।)

(i) Accommodation :-

(State whether it was according to the
Status or pay of the Govt. servant and in
cases where the accommodation is higher
than the status of the Govt. servant a certi-
ficate should be attached to the effect that
the accommodation to which he was not
available.

२- आहार/व्यय

(ii) Diet.....

३. शल्य क्रिया अथवा चिकित्सीय उपचार अथवा
परिरोध (कन्फाइनमेंट)

(iii) Surgical operation or medical treatment
or confinement.

४. रोगात्मक (पैथोलाजिकल), जीवाणु-विज्ञानात्मक
(बैक्टीरियोलॉजिकल), विकिरण-चिकित्सा-
विज्ञानात्मक (रेडियोलॉजिकल) अथवा अन्य इसी
प्रकार के परीक्षण जिनमें यह निर्देश हो —

(iv) Pathological, bacteriological, radiological
or other similar tests indicating :

(क) उस अस्पताल अथवा प्रयोगशाला का
नाम जहाँ ये परीक्षण हुये हों ।

(a) The name of hospital or laboratory
at which undertaken.

(ख) क्या ये परीक्षण अस्पताल में रोग के प्रभारी
चिकित्सा अधिकारी के परामर्श पर करवाये
गये थे ? यदि हाँ, तो इस आशय का प्रमाणपत्र
संलग्न करें ।

(b) Whether undertaken on the advice of
the Medical Officer in charge of the
case at the hospital. If so a
certificate to that effect should be
attached.

(५) दवाइयाँ.....

(v) Medicines.....

- (६) विशिष्ट दवाइयाँ.....
- (vi) Special medicines
- (७) सामान्य उपचर्या.....
- (vii) Ordinary nursing

द. विशिष्ट उपचर्या अर्थात् रोगी के लिये विशेष रूप

से लगाई गई उपचारिका अथवा नर्स। (उल्लेख करें कि क्या उन्हें सरकारी कर्मचारी अथवा रोगी के अनुरोध पर अस्पताल में रोग के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के परामर्श पर लगाया गया था। सरकारी कर्मचारी के अनुरोध की दशा में रोग के प्रभारी चिकित्साधिकारी के परामर्श पर लगाया गया था सरकारी कर्मचारी के अनुरोध की दशा में रोग के प्रभारी चिकित्साधिकारी द्वारा दिया गया प्रमाणपत्र, जो अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित हों, संलग्न करें।)

(viii) Special nursing, i. e nurse specially engaged for the patient, state whether they were employed on the advice of the Medical officer in-charge of the case at the request of the Govt. servant or patient, In the former case a certificate from the Medical officer incharge of the case and countersigned by the Medical Superintendent of the Hospital should be attached.

६. रूग्ण वाहिका शुल्क.....

(उल्लेख करे कि यात्रा कहां से कहां तक की गई)

(ix) Ambulance charges.....
(State the Journey to and from under taken)

१०. अन्य कोई शुल्क, अर्थात् विद्युत- प्रकाश विद्युत - पखा, विद्युत हीटर वातानुकूलित आदि के लिये शुल्क। उल्लेख करें कि यदि ऐसा है तो क्या संदर्भित सुविधाएं सभी रोगियों को सामान्यतः मिलने वाली सुविधाओं का ही एक हिस्सा हैं और रोगी के लिये अन्य विकल्प शेष नहीं था)

(x) Any other charges, e.g. charges for electric light, fan heater, air conditioning etc. state if so whether the facilities referred to are a part of the facilities normally provided to all the Patient and no choice was left to the patient.

टिप्पणी : १. यदि एक सरकारी कर्मचारी को उपचार अपने निवास पर सेक्रेटरी ऑफ स्टेट सर्विस (एम. ए.) रूल्स १९३८ के नियम ८ अथवा सी. एस. (एम.ए.) रूल्स १९४४ के नियम ७ के अन्तर्गत दिया गया था तो ऐसे उपचार का धौरा दे और नियमों की माँग के अनुसार प्राधिकृत चिकित्सीय परिचारी से प्रमाणपत्र संलग्न करें।

Note :-i. If the treatment was received by the Govt. servant at as his residence under rule 8 of the Secretary of State service (M. A.) Rules 1938, or rule 7 of the C.S.(M.A.) Rules 1944, give particulars of such treatment and attach a certificate from the authorised Medical Attendant as required by the rules,

२. यदि उपचार सरकारी अस्पताल को छोड़कर किसी दूसरे अस्पताल में हुआ हो. तो आवश्यक विवरण और इस आदेश का प्रमाणपत्र संलग्न किया जाय कि किसी

भी निकटतम सरकारी अस्पताल में आवश्यक उपचार उपलब्ध नहीं था।

- ii. If the treatment was received at a hospital other than a Govt. hospital necessary details and the requisite treatment was not available in any nearest Govt. Hospital should be furnished.

III. विशेषज्ञ से परामर्श :

(III) CONSULTATION WITH SPECIALIST

(क) प्राधिकृत चिकित्सीय परिचारी को छोड़कर अन्य किसी विशेषज्ञ अथवा चिकित्सा अधिकारी को दिया गया शुल्क जिसमें निम्न निर्देश हो—
उस विशेषज्ञ अथवा चिकित्सा अधिकारी का नाम एवं पद जिससे परामर्श किया गया हो और वह चिकित्सा ध्यय जिससे वे सम्बद्ध हों।

(A) Fee paid to a specialist or a Medical Officer other than the authorised Medical Attendant indicating :

The name and designation of the specialist of Medical Officer consulted and the hospital to which attached.

(ख) परामर्शों की संख्या व तिथियों और परामर्श के लिये मांगा गया शुल्क—

(B) Number or dates of consultations and the fee charged for each consultation.

(ग) क्या परामर्श अस्पताल में किया गया, विशेषज्ञ अथवा चिकित्सा अधिकारी के परामर्श— कक्ष में हुआ अथवा रोगी के निवास पर।

(C) whether the consultation was had at the hospital at the consulting room of the specialist or Medical Officer, at the residence of the patient.

(घ) क्या विशेषज्ञ अथवा चिकित्सा अधिकारी से परामर्श प्राधिकृत चिकित्सीय परिचारी की सलाह पर किया गया था और सम्बन्धित प्रांत के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी की पूर्वानुमति ले ली गई थी? यदि हां, तो इस आशय का प्रमाण पत्र संलग्न किया जाय।

(D) Whether the specialist of Medical officer was consulted on the advice of the authorised Medical Attendant and the prior approval of the Chief Administrative Medical Officer of the Province was obtained. If so certificate to that effect should be attached.

६. कुल अर्हयित (मांगी गई) राशि

9. Total amount claimed.

१०. संलग्नकों की सूची :

10. List of enclosures.

११. अग्रधन की राशि

11. Amount of advance.

सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित की जाने वाली घोषणा
DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVT. SERVANT

मैं एतद् द्वारा घोषित करता हूँ कि इस आवेदन पत्र में दिए गये कथन मेरे सम्पूर्ण ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार सत्य हैं एवं जिस व्यक्ति पर चिकित्सा व्यय हुआ है वह मुझ पर पूर्ण-रूपेण आश्रित है।

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

दिनांक:

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर
Signature of the Council Servent

अराजपत्रित कर्मचारियों के लिये For Non-Gazatted Staff	राजपत्रित कर्मचारियों के लिये For Gazatted Staff
बिल सं० भापेस/एम. सी.- दिनांक पी-३ एम. सी. Bil No. IIP/MC— Dated. P-3 MC	बिल सं. भापेस./एम. सी..... दिनांक..... पी-३ एम. सी. Bill No. IIP/MC. Date. P-3 MC
लेखा शीर्ष Head of Account.....	लेखा शीर्ष Head of Account.
प्रतिहस्ताक्षरित एवं रु. के लिये पारित रूपे	चिकित्सा प्रतिपूर्ति हेतु रु. रूपे..... प्राप्त किये।
Countersigned & pass for Rs. Rupees.....	Received Rs..... Rupees..... कृपया को अदा करे Towards Medical Re-imbusement Please pay to.....
प्रशासनिक अधिकारी ADMINISTRATIVE OFFICER	टिकट Stamp
.....	हस्ताक्षर Signature
.....	हस्ताक्षर Signature
बिल सं दिनांक Bill No. Date	प्रतिहस्ताक्षर Counter Signature
अदा कर (रुपये	प्रशासनिक अधिकारी ADMINISTRATIVE OFFICER
Pay Rs (Rupees)	बिल नं. दिनांक Bill No. Date
.....	अदा करें रु. (रुपये.....) Pay Rs..... Rupees
अनु.अधि.(प्रशा. व लेखा) वरिष्ठ वित्त एवं लेखा अधिकारी S. O. (A & A) Sr. Accounts Officer	अनु. अधि.(प्रशा. व लेखा) वरिष्ठ वित्त एवं लेखा अधिकारी S. O. (A&A) Sr. Accounts Officer

वाउचर सं० चेक सं. रूपे..... दिनांक के
अनुरूप भुगतान किया गया।
Voucher No..... Paid vide Cheque No.....
For Rs..... Date.....

वरिष्ठ वित्त एवं लेखा अधिकारी
Sr Accounts Officer

[ग] कि दिए गए इन्जेक्शन प्रतिरक्षण (इम्यूनाइजिंग) अथवा रोगनिरोधी (प्रोफाइलैक्टिंग) उद्देश्य से दिये गये थे/नहीं दिये गये थे ।

(c) that the injections administered were/were not for immunising or prophylactic purposes

(घ) कि रोगी से ग्रस्त था/है और से तक मेरे उपचाराधीन रहा था/है ।

(d) that the patient is/was suffering from

is/was under my treatment from to

(ड.) कि एक्स-रे प्रयोगशाला परीक्षण इत्यादि जिसके लिये रु. का व्यय आया है आवश्यक थे और मेरे परामर्श पर उन्हें

..... (अस्पताल अथवा प्रयोगशाला का नाम) में करवाया गया था

(e) that the X-ray laboratory test etc. for which an expenditure of Rs was incurred were necessary and undertaken on my advice at

..... (Name of Hospital or Laboratory)

(च) कि मैं डा. से विशेषज्ञ के परामर्श हेतु मिला था और यह कि

..... (प्रति के मुख्य प्रशासनिक चिकित्साधिकारी का नाम) की आवश्यक स्वीकृति, जैसा कि नियमों के अन्तर्गत अपेक्षित है प्राप्त कर ली गई थी ।

(f) that I called on Dr. for specialist consultation and that the necessary approval of the

..... (Name of Chief)

Administrative Medical Officer of state as required

अस्पताल में रोग के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी/प्रभारी के हस्ताक्षर व उनका पदनाम

Signature & Designation of Medical Officer in-charge of the case of the Hospital

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी अस्पताल में उपचाराधीन रहा है और यह कि विशेष नर्सों अथवा उपचारिकाओं की सेवाएँ, बिलों के लिये रु. का व्यय हुआ है (देखें संलग्न बिल और रसीदें) वे रोगी के स्वास्थ्य लाभ/की स्थिति को गम्भीर रूप से बिगड़ने से बचाने के लिए अत्यावश्यक थीं ।

I certify that the patient has been under treatment at the hospital and that the service of the special nurses for which an expenditure of Rs was incurred vide bills and receipts attached, essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

अस्पताल में रोग के प्रभारी चिकित्साधिकारी के हस्ताक्षर

Signature of the Medical Officer Incharge of the case at the Hospital

प्रतिहस्ताक्षरित
Countersigned

मैं, चिकित्सा अधीक्षक अस्पताल प्रमाणित करता हूँ कि रोगी अस्पताल में उपचाराधीन रहा है और रोगी को उपलब्ध कराई गई सुविधाएँ न्यूनतम थीं जो कि उसके उपचार के लिये अत्यावश्यक थीं ।

I, Medical Superintendent hospital certify that the patient has been under treatment at the hospital and that the facilities provided were the minimum which were essential for the patient's treatment.

दिनांक
Date

चिकित्सा अधीक्षक
Medical Superintendent