

भाकृअनुप-भारतीय मक्का अनुसंधान संस्थान

पी. ए. यू. कैंपस, लुधियाना - 141004

ICAR-INDIAN INSTITUTE OF MAIZE RESEARCH

PAU CAMPUS, LUDHIANA- 141004 (INDIA)

भा.म.अनु.सं. के कर्मचारियों तथा उनके परिवार की डाक्टरी परिचर्या और / या इलाज पर हुई डाक्टरी खर्च की वापसी का दावे करने का आवेदन पत्र

Application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance and/or treatment of IIMR Employees and their families

ध्यान दीजिये - हर रोगी के लिए अलग फार्म भरा जाना चाहिये

N.B. Separate forms 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)
 - 1) क्या विवाहित या अविवाहित
1) Whether Married or Unmarried
 - 2) यदि विवाहित हो तो पति/पत्नी के नौकरी का स्थान
2) If married the place where wife/husband is employed
2. विभाग/उपविभाग/इकाई का नाम
Name of Division/Section/Unit
3. आधारभूत नियमों में वेतन को दी गई परिभाषा के अनुसार सरकारी कर्मचारी का वेतन यदि अन्य कोई उपलब्धियां 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 Govt. 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 ब्योरा ।
Details of the amount claimed
डाक्टरी परिचर्या
MEDICAL ATTENDANCE
 - 1) निम्नलिखित बातों का निर्देश करते हुए परामर्श फीस
Fees for consultation indicating
 - क) जिस चिकित्सा अधिकारी से परामर्श लिया गया है उसका नाम पद तथा उस अस्पताल या औषधालय का नाम जिसमें यह अधिकारी सम्बद्ध है ।
 - a) the name and designation of the medical officer consulted and the hospital or dispensary to which attached.
 - ख) कितनी बार और किस-किस तारीख को परामर्श लिया और हर परामर्श के लिये कितनी-कितनी फीस दी गई है ।
 - b) the number and dates of consultations and the fee paid for each consultation.
 - ग) कितनी सुईयां किन-किन तारीखों को लगी और हर सुई के लिए कितनी फीस देनी पड़ी ।
 - c) the number and dates of injection and the fee paid for each injection.
 - घ) क्या परामर्श और/या सुईयां अस्पताल में ली गई या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास स्थान पर ।
 - d) whether consultation and/or injections were held at the hospital at the consulting room of the medical officer or at the residence of the patient.

2) रोग का निदान करते समय किए गए विकृति वैज्ञानिक जीवाणु और ऐसे ही दूसरे परीक्षणों का खर्च लिखिए और निम्नलिखित बात बतलाइए :
Charges for pathological, bacteriological, radiological or other similar tests undertaken during diagnosis indicating :

क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण हुए

a) the name of the hospital or laboratory where the tests were undertaken and

ख) क्या ये परीक्षण प्रविकृत चिकित्सा परिचालक की सलाह पर हुए यदि हां तो उसका प्रमाण पत्र लगाएं ।

b) whether the tests were undertaken on the advice of the authorised medical attendant, if so, a certificate to that effect should be attached.

ग) बाजार से खरीदी गई दवाओं का मूल्य ।

c) cost of medicines purchased from the market.

(दवाओं की सूची, नकद पत्र और आवश्यक प्रमाण पत्र लगाइए)

List of medicines, cash memos and the essentiality certificates should be attached)

9. कुल कितनी धन राशि का दावा है ?

Total amount claimed Rs.

10. को लिया गया अग्रिम धन घटाकर
Last advance taken on Rs.

रु.

11. दावे की शुद्ध रकम
Net amount claimed Rs.

12. 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 हूं कि इस प्रार्थना पत्र में दिया गया ब्यान मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार ठीक है और जिस व्यक्ति के ऊपर चिकित्सा व्यय किए है, वह पूणतः मेरे ऊपर आश्रित है ।

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

Date

तारीख

Signature of the Government Servant and office to which attached

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

रु..... (.....)

Passed for Payment of Rs.

..... मात्र भुगतान हेतू मंजूर किया जाता है ।)

(Rupees

.....)

आहरण एवं संवितरण अधिकारी

Drawing & Disbursing Officer

भाकृअनुप-भारतीय मक्का अनुसंधान संस्थान
पी. ए. यू. कैंपस, लुधियाना - 141004
ICAR-INDIAN INSTITUTE OF MAIZE RESEARCH
PAU CAMPUS, LUDHIANA- 141004 (INDIA)

भा.म.अनु.सं. लुधियाना में नियुक्त श्री/श्रीमति/कु
की/के माता/पिता/पुत्र/पुत्री/श्रीमति/श्री/कुमारी
को प्रदत्त प्रमाण पत्र

Certificate granted to Mr./Mrs/ Miss Mother/Father/Wife/Son/
Daughter of Mr. employed in the IIMR Ludhiana

प्रमाण पत्र 'क'
CERTIFICATE 'A'

(उपचार हेतु अस्पताल में भर्ती न किए गए रोगियों के लिए भरा जाय ।
(to be completed in the case of patients who are not admitted to hospital for treatment)

मैं डा. एतद् द्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ :
I, Dr. hereby certify :

(क) मैंने अपने परामर्श कक्ष/रोगी के निवास पर दिनांक को परामर्श देने के लिए
रूपया लिया ।

That I charged and received Rs. for consultation on
at my consulting room/at the residence of the patient.
(Dates to be given)

(ख) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष/रोगी के निवास पर दिनांक को अन्तरलासली/उपदर्शी
सुई/सुईयां लगाने के लिए रूपए लिए ।

That I charged and received Rs. for administering
intramuscular/sub-cutaneous injection on
at my consulting room/at the residence of the patient. (Dates to be given)

(ग) कि उसे सुईया लगाई गई वह रोग के आक्रमण से मुक्ति दिलाने अथवा रोग को हटाने के उद्देश्य से
लगाई गई थी/नहीं लगाई गई थी ।

That the injection administered were/were not immusing of propholactic purposes :

(घ) कि मैंने रोगी का अस्पताल/अपने परामर्श कक्ष में उपचार किया है
और मेरे द्वारा निर्देशित निम्नलिखित औषधियां रोगों के स्वस्थ होने उसको दशा और अधिक बिगड़ने
से रोकने के लिए अनिवार्य थी मैं निजी रोगियों को बांटने के लिए

(अस्पताल का नाम)

औषधियों में ऐसी औषधियां नहीं है जिनके बनाने तथा बेचने के अधिकार सुरक्षित है और/या जिनके
लिए सामान रोगहरी महत्व के सस्ते पदार्थ उपलब्ध हैं इनमें से कोई औषधि ऐसी भी नहीं है जो मूलतः
आहार प्रसाधन अथवा मलीनता हटाने वाला द्रव्य हो ।

That the patient has been under treatment at hospital/my
consulting room that the undermentioned medicines prescribed by me in this connection were essential
for the recovery preventions of serious deterioration in the condition. The medicines are not stocked in the
(Name of the hospital) for the supply to private patient
and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therepeutic value are
available not preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants.

क्रम सं. Sl. No.	औषधियों का नाम NAME OF MEDICINES (In block letters)	मुख्य PRICE रु. पैसे Rs. P.	क्रम सं. Sl. No.	औषधियों के नाम NAME OF MEDICINES (In block letters)	मूल्य PRICE रु. पैसे Rs. P.
---------------------	---	--------------------------------------	---------------------	---	--------------------------------------

Total

योग :

- (च) कि रोगी से पीड़ित है / था और दिनांक
से तक मेरे उपचारधीन है/ था
That the is/was suffering from and is /was under my
treatment from to
- (छ) कि रोगी का उत्पत्तिपूर्व अथवा उत्पत्ति पश्चात से सम्बन्धित उपचार किया जा रहा है/किया गया
था/ नहीं किया जा रहा है/ नहीं किया गया था ।
That the patient is/was not given pre-natal or post-natal treatment.
- (ज) कि एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि जिनके लिए रूपए खर्च हुआ करवाने
आवश्यक थे और वे मेरी सलाह पर में करवाए गए ।
That the X-ray, laboratory test, etc. for which an expenditure of Rs.
was incurred were necessary and were undertaken on my advice at
..... (Name of the hospital or laboratory)
- (झ) कि मैंने रोगी को डा. के पास विशेषज्ञ परामर्श के लिए भेजा था
और चूकि इसके लिए का नियमानुसार अपेक्षित अनुमोदन प्राप्त
(मूल्य अशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम)
कर लिया गया था ।
That I referred the patient to Dr. for specialists consultation
and that the necessary approval of the
as required (name of the Chief Administrative Medical Officer) under the rules was obtained.
- (ट) रोगी की अस्पताल में भर्ती कराना आवश्यक नहीं था/आवश्यक था ।

दिनांक

Date

चिकित्सा अधिकारी का हस्ताक्षर और
पदनाम तथा उस अस्पताल/दवाखाना
का नाम जहां वह कार्यरत हो ।

Signature & Designation of the
Medical Officer & the Hospital/
Dispensary to which attached.

ध्यान दीजिए : प्रमाण पत्र लागू न होता हो उसे काट दिया जाए । प्रमाण पत्र अनिवार्य है और सभी
मामलों में चिकित्सा अधिकारी द्वारा अवश्य भरा जाय ।

N.B. : Certificates not applicable should be struck off. Certificate(s) is compulsory and must be filled in by
Medical Officer in all cases.

- c) That the injections administered were/were not for immunizing or prophylactic purposes.
- d) That the patient is/was suffering from and is/was under our treatment from
- e) That the X-ray, Laboratory test etc. for which expenditure Rs. was incurred were necessary and were undertaken on our advice at (name of the Hospital or Laboratory)
- f) That we referred the patient to Dr. For specialist consultation and the expenditure for Rs. incurred were necessary for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

Signature and designation of the
Medical Officer in Charge
of the case/Medical Superintendent
at the Hospital

PART B

I 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.

Medical Superintendent/
In charge of the Hospital

Hospital Seal