

FROM OF APPLICATION FOR CLAIMING REFUND OF MEDICAL EXPENSES INCURRED IN CONNECTION WITH
MEDICAL ATTENDANCE AND / OR TREATMENT OF CENTRAL GOVERNMENT SERVANTS AND
THEIR FACILITIES

N.B. Separate forms should be used for each patient.

1.	सरकारी कर्मचारी का नाम और पद Name and Designation of the Government servant	
2.	किस कार्यालय में काम कर रहा है। Office in which employed	
3.	आधारभूत नियमों में वेतन की दी गई परिभाषा के अनुसार कर्मचारी का वेतन, यदि अन्य कोई उपलब्धियां हों तो उन्हें अलग से दिखाया जाना चाहिये Pay of the Govt. servant as defined in the fundamental rules, and other emoluments which should be shown separately.	
4.	नोकरी का स्थान / Place of duty	
5.	निवास का वास्तविक पता / Actual residential address	
6.	रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारी से उसका / उसकी संबंध Name of the patient and his/ her relationship to the Govt. servant	
7.	रोगी किस स्थान पर बिमार पड़ा / Place at which the patient fell ill	
8.	दावे की रकम का ब्योरा / Details of the amount claimed	
I डाक्टरों की परीक्षा / MEDICAL ATTENDANCE		
(i)	निम्नलिखित बातों का निर्देश करते हुए परामर्श की फीस / Fees for consultation indicating	
(a)	जिस चिकित्सा अधिकारी से परामर्श लिया गया है, उसका नाम और पद तथा उस अस्पताल या औषधालय का नाम जिससे वह अधिकारी संबद्ध है The name and designation of the medical officer consulted and Hospital or dispensary to which attached.	
(b)	कितनी बार और किस किस तारीख को परामर्श लिया गया और हर परामर्श के लिए कितनी फीस दी गई है The number and dated of consultation and fees paid for each consultation.	
(c)	कितनी सुईयां किन किन तारीखों को लगी और हर सुई के लिए कितनी फीस देनी पड़ी The number and dated of injection and the fee paid for each injection.	
(d)	क्या परामर्श और / या सुईयां अस्पताल में ली गई या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास स्थान पर Whether consultation and / or injection were had at the hospital, at the consulting room of the medical officer or at the residence of the patient	
(ii)	रोग का निदान करते समय किए गए विकृत वैज्ञानिक जवाब-वैज्ञानिक, विकिरण - वैज्ञानिक और ऐसे ही दूसरे परीक्षण का खर्च लिखिए और निम्नलिखित बातें बतलाईं Charges of pathological, bacteriological, or other similar test undertaken during diagnosis indicating.	
(a)	अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण हुए और The name of the hospital or laboratory where undertaken	
(b)	क्या वे परीक्षण प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की सलाह पर हुए, यदि हां तो उसका प्रमाणपत्र इसके साथ लगाएं Whether the test were undertaken on the advice of the authorized medical attendant. If so, a certificate to that effect should be attached.	
(c)	बाजार से खरीदी गई दवाओं का मूल्य (दवाओं की सूची, नकदपत्र और अत्यावश्यकता प्रमाणपत्र साथ लगाएं Cost of medicines purchased from the market (cash memos, list of medicines and the essentiality certificates should be attached.	
ii अस्पताली इलाज / HOSPITAL TREATMENT		
अस्पताल का नाम / Name of the hospital		
अस्पताली इलाज के खर्च निम्नलिखित खर्चों का अलग अलग निर्देश किजिए Charges for hospital treatment indicating separately the charges for		
(i)	आवास /Accommodation (यह लिखे कि क्या आवास सरकारी कर्मचारी के वर्तमान वेतन या हैसियत के अनुरूप ही था यदि नहीं तो इस आशय का एक प्रमाणपत्र दे कि जिस प्रकार के आवास के लिए सरकारी कर्मचारी हकदार था यह उपलब्ध नहीं था। (Please 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 certificate should be attached to the effect that the accommodation to which he was not available.	
(ii)	खुराक Diet	
(iii)	शल्यक्रिया या डाक्टरों की इलाज या परिरोध Surgical operation, or medical treatment or confinement	
(iv)	विकृत वैज्ञानिक जवाब-वैज्ञानिक-विकिरण-वैज्ञानिक या अन्य परीक्षण यह बातें भी बतलाई जाए Pathological, bacteriological, radiological, or other similar tests indicating.	
(a)	अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जिसमें परीक्षण हुए The names of the hospital or laboratory at which undertaken and	

(b) क्या ये परीक्षण कार्यभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह से अस्पताल में हुए? यदि हां तो इस आशय का प्रमाणपत्र साथ लगाए

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

(v) दवाएँ Medicines

(vi) विशेष दवाएँ (दवाओं की सूची नकद और त्याग्यता प्रमाणपत्र में लगाए Special medicines (cash memos and the essentiality certificates should be attached)

(vii) साधारण उपचार Ordinary nursing

(viii) विशेष उपचार या नो रोगी के लिए विशेष रूप से नस लगाई गई। यह लिखें कि जो और नस लगाई गई उनके लिए अस्पताल में इनके कार्यभारी चिकित्सा अधिकारी ने सलाह दी थी या सरकारी कर्मचारी चिकित्सा या रोगी की प्रार्थना पर नियुक्त की गई। पहले वाली स्थिति होने पर कार्यभारी चिकित्सा अधिकारी या प्रमाणपत्र साथ में लगाया जान चाहिए जिस पर चिकित्सा अधिकार के प्रतिहस्ताक्षर भी हों। Special nursing i.e. nurses, specially engaged for the patient. State whether they are 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 of certificate from the medical officer in charge of the case and countersigned by the Medical superintendent of the hospital should be attached.

(ix) एम्बुलेंस खर्च (कहाँ से कहा तक यात्रा की गई यह लिखें) Ambulance charges (state the journey to and for undertaken)

(x) और दूसरे खर्च यानी बिजली की रोशनी, पंखा, हीटर, वातानुकूल आदि के खर्च यह भी लिखें कि ये सुविधाएँ साधारण सभी रोगियों को दी जाती हैं और रोगी को विशेष इच्छा पर कोई चीज नहीं दी गई। Any other charges, e.g. charges for electric light, fan, heater, air conditioning etc. State also whether the facilities referred to are a part of the facilities normally provided to all patient and no choice was left to the patient.

टिप्पणीयाँ Note

- (1) यदि केन्द्रीय सेवा चिकित्सा परिचर्या के नियम ७ के एम.ए. रूल १९४४ के अनुसार यदि इलाज सरकारी कर्मचारी के निवास स्थान पर ही हुआ हो तो उसका विवरण दे और इन नियमों के अन्तर्गत अपेक्षित चिकित्सा परिचर्या का प्रमाण पत्र साथ लगाए। If the treatment was received by the Govt. servant at his residence under Rule 7 of the C.S. (M.A.) Rules 1944 give particulars of such treatments and attach a certificate from the authorized medical attendant as required by these rules.
- (2) यदि इलाज सरकारी अस्पताल के अलावा किसी और जगह हुआ है तो उसका आवश्यक विवरण दें और प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक का इस आशय की प्रमाण पत्र दें कि अपेक्षित इलाज की व्यवस्था किसी निकटतम सरकारी अस्पताल में नहीं हो सकती थी। If the treatment was received at hospital other than a Govt. hospital, necessary details and the certificate of the authorized medical attendant that the requisite treatment was not available in any nearest Govt. hospital should be furnished.

iii विशेषज्ञ से परामर्श / CONSULTATION SPECIALIST

- प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की अतिरिक्त किसी और विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का परामर्श लेने के लिए दी गई फिस और नीचे लिखी बातें बतलाई जाएँ। Fees paid to a Specialist or Medical Officer other than the authorized medical attendant indicate -
- (a) उस विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का नाम जिसका परामर्श लिया गया है और यह विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी किस अस्पताल से संबंधित है। The name and designation of the specialist or Medical Officer consulted and the hospital to which attached.
- (b) कितना बार किन किन तारिखों को परामर्श लिया गया है और हर परामर्श के लिए कितनी फिस दी गई। Number and dates of consultation and fees charged for each consultation.
- (c) क्या परामर्श विशेष या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में लिया गया या अस्पताल में अथवा रोगी के निवास पर। Whether consultation was held at the hospital at the consulting room of the specialist or Medical Officer, or at the residence of the patient, and
- (d) क्या विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी की सलाह प्राधिकृत परिचारक की राय से ली गई थी और क्या प्रान्त के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी को पूर्व स्वीकृति इसके लिए Whether the specialist or Medical Officer was consulted on the advice of the authorized attendant and the prior approval of the Chief Administrative Medical Officer of State was obtained if so, a certificate to that effect should be attached.

9. दावे की कुल रक / Total Amount Claimed

10. संलग्न पत्रों की सूची / Total number of Vouchers

इस घोषणा पर सरकारी कर्मचारी हस्ताक्षर करें

DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVT. SERVANT

मे घोषित करता हूँ की इस प्राधनपत्र में दिया गया बयान मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार ठिक है और व्यक्ति के ऊपर चिकित्सा व्यय किए गए हैं, वह पूर्णतः मेरे ऊपर प्राप्त कर ली गई थी। यदि हां तो इसके लिए प्रमाण पत्र लगाए। आश्रमात है।

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

हस्ताक्षर Signature :

तारीख Date :

कर्मचारी का नाम Name of the employee :