आईपीडी चिकित्सा खर्च की प्रतिपूर्ति के लिए आवेदन पत्र

APPLICATION FORM FOR REIMBURSEMENT OF IPD MEDICAL EXPENDITURE

1. सरकारी कर्मचारी का नाम : .....
   Name of the Government Servant

2. पदनाम/ **Designation** : .....

3. विभाग/अनुभाग/इकाई : .....
   Division/ Section/ Unit

4. वेतन स्तर/ वेतन श्रेणी : .....
   Pay Level/ Grade Pay

5. i. अविवाहित/ अविवाहित। : .....
   Whether married or unmarried.
   ii. यदि उस स्थान पर विवाह किया जाता है जहाँ पत्नी/पति कार्यरत है। .....
   If married the place where wife/ husband is employed

6. रोगी का नाम और उसका सरकारी कर्मचारी के साथ संबंध । : .....
   Name of patient & his/her relationship with the Govt. servant

7. <u>दावाकृत धनराशि का विवरण / DETAILS OF THE AMOUNT CLAIMED:</u>

   a. उस अस्पताल का नाम जहां मरीज को भर्ती किया गया था। / : .....
   Name of the Hospital where the patient was admitted.

   b. प्रवेश की तारीख और अस्पताल से छुट्टी की तारीख।/ : .....
   The Date of admission and the Date of discharge from the Hospital.

   c. कक्ष / वार्ड का प्रकार जिसमें रोगी को भर्ती किया गया था।/ : .....
   Type of Room/ Ward in which the Patient was admitted.

d. उस कक्ष / वार्ड के लिए भुगतान की गई राशि जिसमें रोगी को भर्ती किया गया था।/ **Amount paid for the Room/ Ward in which the Patient was admitted.** : .....

e. रोग विज्ञान जीवाण्विक, रेडियोलॉजिकल या अन्य समान परीक्षणों के लिए भुगतान की गई राशि। **Amount paid for the pathological bacteriological, radiological or other similar tests undertaken.** : .....

f. दवाओं के लिए भुगतान की गई राशि। **Amount paid for the Medicines.** : .....

g. सर्जरी के लिए भुगतान की गई राशि, यदि कोई हो। **Amount paid for surgery, if any.** : .....

h. अस्पताल में रहने के दौरान नर्सिंग और अन्य शुल्क के लिए भुगतान की गई राशि। **Amount paid for nursing and other charges during stay in the Hospital.** : .....

i. कुल राशि का दावा किया **Total Amount claimed** : .....

8. सूची संलगन/**List of enclosures** : .....

घोषणा / DECLARATION

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता हूं कि/ **I hereby declare that:**

1. आवेदन में दी गई जानकारी मेरे ज्ञान और विश्वास में सत्य हैं **The statements made in the Application are true to the best of my knowledge and belief.**
2. प्रतिपूर्ति का दावा उस राशि के लिए किया जा रहा है जो वास्तव में मेरे द्वारा की गई है।
   The reimbursement is being claimed for the amount which has been actually incurred by me.
3. जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया था, वह मुझ पर पूरी तरह निर्भर है।
   The person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me.
4. सभी बिल और वाउचर चिकित्सक प्राधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित किए गए हैं।
   All the bills and vouchers have been countersigned by the Medical Authority.

स्थान/**Place:**

दिनांक/**Dated:**

कर्मचारी के हस्ताक्षर
Signature of the Employee

प्रमुख / प्रभारी द्वारा अग्रेषित किया गया
Forwarded by concerned Head/ in-charge

(नाम, पदनाम और दिनांकित हस्ताक्षर
Name, Designation & Dated Signature)

सेवा में/**To,**
वरिष्ठ प्रसाशनिक अधिकारी
The Senior Admin. Officer
भाकृअनुप-भा.स.अनु.सं., वाराणसी
ICAR – IIVR, Varanasi.

मौलिक प्रमाणपत्र 'ब' / ESSENTIAL CERTIFICATE 'B'

(अस्पताल में इलाज के लिए भर्ती मरीजों के प्रकरण को पूरा किया जाना है)

(To be completed in the case of Patients who are admitted in Hospital for Treatment)

स्वीकृत प्रमाणपत्र श्री/श्रीमती/सुश्री/डॉ./**Certificate granted to Mr./ Mrs./ Miss/ Dr.**…….....

……

पत्नी/लड़का/लड़की/ हैं श्री/ श्रीमती डॉ./ **Wife/ son/ Daughter of Mr./ Mrs./ Dr** …….....

……..

में कार्यरत है/ **Employed in the**……...…

भाग - क/ PART – A

मैं, डॉ./**I, Dr**……. एतद् द्वारा प्रमाणित किया जाता है/ **hereby certify that:**

क/**a.** कि रोगी को भर्ती कराया गया था/ **That the Patient was admitted to**……

की सलाह पर अस्पताल/ **Hospital on the advice of**……

(चिकित्सा अधिकारी का नाम) / मेरी सलाह पर।/ **(name of the Medical Officer)/ on my advice.**

ख/**b.** कि मरीज का इलाज चल रहा है/ **That the patient has been under treatment at** ……

…… अस्पताल और मेरे द्वारा इस संबंध में निर्धारित की गई दवाएँ, स्वस्थ्य के लिए आवश्यक थीं। रोगी की स्थिति में गंभीर गिरावट की रोकथाम।/ **Hospital and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery / prevention of serious deterioration in the condition of the patient.** दवाओं का स्टॉक नहीं है/ **The medicines are not stocked in the** …… निजी रोगियों की आपूर्ति के लिए अस्पताल मैं औषधियां शामिल नहीं है, जिसके लिए तैयार समान के सस्ते पदार्थ मुख्य रूप से खाद्य पदार्थ, शौचालय या कीटाणुनाशक चिकित्सीय मूल उपलब्ध हैं और न ही कोई तैयारी हैं/ **Hospital for supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants:**

क्र.सं./ **Sl. No.**	दवाइयों का नाम/ दिनांक के साथ कैश मेमो सं./ **Name of the Medicines/ Cash Memo No. with Date**	कुल धनराशि (रु. में) **Total Amount (in Rs.)**
दवाइयों के लिए कुल धनराशि/ **TOTAL AMOUNT FOR MEDICINES**		

ग/c. जो इंजेक्शन दिए गये थे वे टीकाकरण या रोगनिरोधी उद्देश्यों के लिए नहीं थे।
That the injections administered were/ were not for immunizing or prophylactic purposes.

घ/d. से वह मरीज पीड़ित है / था/ **That the patient is /was suffering from……..……..** …… (बड़े अक्षरों में/ **in block letters)** और मेरे इलाज के अधीन है/ था/ **and is / was under my treatment से/from ……..** तक/**to ……..…**

ङ/e. कि पैथोलॉजिकल, बैक्टीरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल या अन्य समान परीक्षण जिसके लिए रु./ **That the pathological, bacteriological, radiological or other similar tests for which an expenditure for Rs. ……..…..** आवश्यक थे और मेरी सलाह पर किए गए थे/ **was incurred were necessary and were undertaken on my advice at ……..……** (अस्पताल / प्रयोगशाला का नाम) **/Name of the hospital / Laboratory).**

च/f. कि मैंने डॉ. को फोन किया/ **That I called on Dr. ……** विशेषज्ञ परामर्श और आवश्यक स्वीकृति के लिए/ **for specialist consultation and that the necessary approval of the ……...……** जैसा कि नियमों के अधीन अपेक्षित हो प्राप्त हुई थी। **/ as required under the rules was obtained.**

हस्ताक्षर और पदनाम
अस्पताल के मामलों के
चिकित्सा अधिकारी प्रभारी
Signature and Designation
Of the Medical Officer in charge
of the case at the Hospital

भाग-ख / PART-B

मैं यह प्रमाणित करता हूं कि मरीज का इलाज चल रहा है/ **I certify that the patient has been under treatment at the ……** अस्पताल और उस विशेष नर्स की सेवा जिसके लिए रु./ **Hospital and that the service of the special nurses for which an expenditure of Rs……..…..**

बिल और रसीदें संलग्न हैं, जो स्वस्थ्य लाभ के लिए आवश्यक थे/ रोगी की स्थिति में गंभीर गिरावट की रोकथाम की गई थी ।/ **was incurred, vide bills and receipts attached, were essential for the recovery/ prevention of serious deterioration in the condition of the patient.**

हस्ताक्षर और पदनाम
अस्पताल के मामलों के
चिकित्सा अधिकारी प्रभारी
Signature and Designation
Of the Medical Officer in charge
of the case at the Hospital

प्रतिहस्ताक्षरित / COUNTERSIGNED

मैं यह प्रमाणित करता हूं कि मरीज का इलाज चल रहा है/ **I certify that the patient has been under treatment at the ……** अस्पताल और यहाँ कि दी गई सुविधाएं न्यूनतम थीं जो रोगियों के उपचार के लिए आवश्यक थीं।/ **Hospital and that the facilities provided were the minimum which were essential for the patients treatment.**

स्थान/**Place:**

चिकित्सा अधीक्षक की मुहर और हस्ताक्षर
Seal and Signature of the Medical Superintendent

दिनांक/ **Dated:** ……..…… अस्पताल/**Hospital**

(टिप्पणी: प्रमाण पत्र लागू नहीं होना चाहिए। प्रमाणपत्र अनिवार्य है और सभी मामलों में चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाना चाहिए)/ ***(Note: Certificates not applicable should be struck off. Certificate is compulsory and must be filled in by Medical Officer in all cases)***