

केन्द्रीय पटसन एवं समवर्गीय रेशा अनुसंधान संस्थान  
CENTRAL RESEARCH INSTITUTE FOR JUTE & ALLIED FIBRES  
(भारतीय कृषि अनुसंधान परिषद)

(Indian Council of Agricultural Research)

डाक: बैरकपुर, जिला: (उत्तर) 24-परगना : पश्चिम बंगाल

P.O. BARRACKPORE, DIST. 24-PARGANAS (N) : WEST BENGAL

केन्द्रीय सरकार के कर्मचारियों एवं उनके परिवार वालों की प्राधिकृत चिकित्सक द्वारा कराई गई चिकित्सा खर्च की प्रतिपूर्ति हेतु दावा करने का आवेदन-प्रपत्र।

**FORM OF APPLICATION FOR CLAIMING REFUND OF MEDICAL EXPENSES INCURRED IN CONNECTION WITH MEDICAL ATTENDANCE AND OR TREATMENT OF CENTRAL GOVERNMENT SERVANTS AND THEIR FAMILIES FOR MEDICAL ATTENDANCE BY AUTHORISED MEDICAL ATTENDANT.**

द्रष्टव्य: प्रत्येक रोगी के लिए अलग-अलग प्रपत्र का प्रयोग किया जाए।

N.B.: Separate form should be used for each patient.

1. सरकारी कर्मचारी का नाम एवं पदनाम :  
(साफ-साफ अक्षरों में)  
Name & Designation of Govt. Servant :  
(in Block Letters).  
i) क्या विवाहित/अविवाहित हैं :  
Whether married or unmarried :  
ii) यदि विवाहित हों तो पति/पत्नी का :  
कार्यस्थल :  
If married, the place where wife/  
husband is employed. :
2. कार्यालय का नाम जहाँ कार्यरत हैं। :  
Office in which employed. :
3. मूल नियमावली में परिभाषित के अनुसार :  
सरकारी कर्मचारी का वेतन तथा अन्य :  
परिलब्धियाँ अलग से दिखाई जाएं। :  
Pay of the Govt. servant as defined :  
In the fundamental Rules and any other :  
emoluments which should be shown separately. :
4. कार्यस्थल :  
Place of duty :
5. वर्तमान निवास स्थान का पता :  
Actual residential address :
6. रोगी का नाम तथा सरकारी कर्मचारी :  
के साथ उसका संबंध :  
Name of the patient and his/her :  
relationship to the Govt. servant. :

\*\* द्रष्टव्य : बच्चों के मामले में आयु का उल्लेख करें।

\*\* N.B. : In the case of children state age also.

7. किस स्थान पर रोगी अस्वस्थ हुआ। :  
Place at which the patient fell ill. :
8. दावा की गई धनराशि का विवरण :  
Details of the amount claimed :
- i) चिकित्सक के परामर्श शुल्क :  
का उल्लेख करें। :
- i) Fees for consultation indication. :
- (क) इलाज करने वाले चिकित्सा अधिकारी का :  
नाम एवं पदनाम तथा अस्पताल या  
औषाधालय का नाम जिससे वे संबद्ध हैं। :
- a) The name & designation of the :  
Medical Officer consulted and the  
Hospital or dispensary to which attached. :
- (ख) कितनी बार किन-किन तारीखों को :  
चिकित्सा कराई गई तथा प्रत्येक बार  
दिए गए शुल्क का उल्लेख करें। :
- b) The number & dates of consultation :  
& the fee paid for each consultation. :
- (ग) कितनी बार एवं किन-किन तारीखों :  
को सूईयां लगाई गई तथा प्रत्येक  
बार दिए गए शुल्क का उल्लेख करें। :
- c) The number of dates of injection :  
and the fee paid for each consultation. :
- (घ) क्या परामर्श करने और/या सूई लगवाने :  
का कार्य अस्पताल, चिकित्सा अधिकारी  
के परामर्श कक्ष या रोगी के निवास  
स्थान पर किया गया। :
- d) 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 निदान विज्ञान, जीवाणु विज्ञान, :  
विकिरण-चिकित्सा विज्ञान से  
संबंधित या रोग निदान के दौरान  
अन्य सदृश्य परीक्षण के खर्च का  
उल्लेख करें। :
- ii) Charges for pathological bacterio- :  
logical radiological or other  
similar tests undertaken during  
diagnosis indicating. :

- (क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम :  
जहाँ परीक्षण कराया गया।
- a) The name of the Hospital or :  
Laboratory where undertaken; and
- (ख) क्या परीक्षण प्राधिकृत चिकित्सक के :  
परामर्श पर कराया गया? यदि हाँ तो  
उससे संबंधित एक प्रमाण-पत्र संलग्न  
किया जाए।
- b) Whether the tests were undertaken :  
on the advance of the authorized  
medical attendant. If so, a certificate  
to that effect should be attached.
- iii) बाजार से खरीदी गई औषधि की कीमत :  
(औषधियों की सूची नकदी रसीद तथा  
आवश्यक प्रमाण पत्र संलग्न किया जाए)।
- iii) Cost of medicine purchased from the :  
market . (List of medicines, cash  
memos and the essential certificates  
should be attached).
9. दावा की गई कुल राशि :  
Total amount claimed :
10. अनुलग्नक की सूची :  
List of enclosures :

घोषणा सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए।

**DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT**

मैं एतद्वारा घोषित करता हूँ कि :

I do hereby declare that:

1. आवेदन पत्र में दिया गया विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही है तथा जिस व्यक्ति द्वारा चिकित्सा-व्यय वहन किया गया वह पूर्णतया मेरे उपर आश्रित है।  
The statement in the application is true to the best of my knowledge and belief and that the person from whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me.

दिनांक: .....

Dated the .....

.....  
सरकारी कर्मचारी का हस्ताक्षर तथा  
कार्यालय का नाम जहाँ कार्यरत है।

Signature of the Government  
servant and office to which attached.

1. अस्पताल चिकित्सा:
- अस्पताल का नाम अस्पताल चिकित्सा खर्च के साथ निम्नलिखित का अलग-अलग खर्च बतायें।
- Hospital treatment:**  
Name of the Hospital Charges for hospital treatment, indicating separately the charges for
- i) आवास सुविधाएं
- (कृपया बताएं कि क्या यह आवास सुविधा सरकारी कर्मचारी पद या वेतन के अनुसार थी तथा सरकारी कर्मचारी के पद से अधिक आवास सुविधा के मामले में यह प्रमाण-पत्र प्रस्तुत संलग्न करें कि उनकी पात्रता के अनुसार आवास सुविधा उपलब्ध नहीं था।)
- 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, certificate should be attached to the effect that the accommodation to which he was entitled was not available).
- ii) पथ्य .....  
Diet \_\_\_\_\_
- iii) शल्य क्रिया या अन्दर रखकर डाक्टरी चिकित्सा करना  
Surgical operation or medical treatment of confinement .
- iv) रोग निदान विज्ञान, जीवाणु विज्ञान, विकिरण चिकित्सा विज्ञान से संबंधित या अन्य सदृश्य परीक्षण के खर्च उल्लेख करें।  
Pathological, bacteriological, radiological or other similar tests indicating
- क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहाँ परीक्षण कराया गया।  
The name of the hospital or laboratory at which undertaking.
- ख) क्या परीक्षण मामले से संबंधित अस्पताल के चिकित्सा अधिकारी के परामर्श पर कराया? यदि हाँ तो उससे संबंधित एक प्रमाण-पत्र संलग्न किया जाए।  
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) औषधियाँ .....  
Medicines \_\_\_\_\_
- vi) विशेष औषधियाँ .....  
(औषधियों की सूची, नकदी रसीद तथा आवश्यक प्रमाण पत्र संलग्न किए जाएं।)  
Special Medicines \_\_\_\_\_  
(List of medicines, cash memos, and the essentiality certificates should be attached).

- vii) .....सधारण उपचर्या :  
Ordinary nursing :
- viii) विशेष उपचर्या अर्थात् रोगी की देख-भाल के लिए :  
विशेष रूप से रखी गई उपचारिकायें। कृपया बताएं :  
कि क्या वे मामले से संबंधित अस्पताल के प्रभारी-  
चिकित्सा अधिकारी की परामर्श से या सरकारी  
कर्मचारी या रोगी के अनुरोध से रखे गए हैं।  
गहली स्थिति में मामलों से संबंधित अस्पताल  
के प्रभारी चिकित्सा अधीक्षक द्वारा  
प्रतिहस्ताक्षरित प्रमाण-पत्र संलग्न किया जाए।  
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 hospital  
or at the request of the Government Servant  
or patient. In the former case a certificate  
from the Medical Officer-in-Charge of the  
case and countersigned by the Medical  
Superintendent of the hospital should be attached.
- ix) अस्पताल-गाड़ी खर्च ..... :  
(आने-जाने वाली मात्रा का उल्लेख करें)।  
Ambulance charges \_\_\_\_\_ :  
(State the journey-to and fro-undertaken).
- x) अन्य खर्चे उदाहरणार्थ बिजली-बत्ती, पंखा, हीटर :  
वातानुकूलन इत्यादि के खर्चे/कृपया बताएं कि :  
क्या उल्लिखित सुविधाएं रोगियों को सामान्य  
रूप से दी जानेवाली सुविधाओं के ही अंश हैं  
तथा इनका चयन रोगी की पसंद पर किया गया।  
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  
patients and choice was left to the patient.

#### टिप्पणी:

- यदि सरकारी कर्मचारी द्वारा राज्य के सेवा (चिकित्सा परिचर्या) के सचिव के नियम 8 के अन्तर्गत या केन्द्रीय सेवा (चिकित्सा परिचर्या) नियमों 1944 के नियम 7 के अन्तर्गत अपने निवास स्थान पर चिकित्सा कर गया हो तो ऐसे चिकित्सा का विवरण दें तथा इन नियमों के अनुसार प्राधिकृत चिकित्सक का प्रमाण-पत्र संलग्न करें।

NOTES: If the treatment was received by the Govt. Servant at his residence under-rule 8 of the Secretary of State's 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 Authorized Medical Attendant as required by these rules.

2. यदि चिकित्सा सरकारी अस्पताल को छोड़कर किसी बाहरी अस्पताल से कराया गया हो तो आवश्यक विवरण तथा प्राधिकृत चिकित्सक का इस आसय का प्रमाण-पत्र कि किसी निकटतम सरकारी अस्पताल में अपेक्षित चिकित्सा उपलब्ध नहीं की।

If treatment was received at the 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 :

प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी को छोड़कर :  
विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से कराये गए  
इलाज के खर्चे का निम्नलिखित विवरण दें

III. CONSULTATION WITH SPECIALIST:

Fees paid to a specialist of a Medical Officer other than the authorized medical attendant, indicating-

- क) इलाज करने वाले विशेषज्ञ या चिकित्सा :  
अधिकारी का नाम एवं पदनाम तथा अस्पताल  
या औषाधालय का नाम जिससे वे संबद्ध हैं।

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

- ख) कितनी बार एवं किन-किन तारीखों को चिकित्सा :  
कराई गई तथा प्रत्येक बार दिए गए शुल्क का  
उल्लेख करें।

Number or dated of consultations and the :  
fees charged for each consultation.

- ग) क्या इलाज अस्पताल, विशेषज्ञ या चिकित्सा :  
आधिकारी के परामर्श कक्ष या रोगी के निवास  
स्थान पर किया गया।

Whether consultation was had at the hospital, :  
at the consulting room of the specialist or  
Medical Officer, or at the residence of the patient.

- घ) क्या विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से इलाज :  
प्राधिकृत चिकित्सक के परामर्श से कराया गया  
और प्रांत के मुख्य प्रशासन अधिकारी से पूर्व  
अनुमोदन ले लिया गया था यदि हाँ, तो उससे  
संबंधित एक प्रमाण-पत्र संलग्न किया जाए।

Whether the specialist or Medical Officer :  
was consulted on the advice of the authorized  
Medical attendant and the prior approval of  
The Chief Admn. Medical Officer of the  
Province was obtained. If so, a certificate  
to that effect should be attached.

10. दावा की गई कुल राशि : ₹0.....  
Total amount claimed : Rs.....
11. तारीख..... को ली गई पेशगी : ₹0.....  
घटा दी जाए।  
Less advance taken on ..... : Rs.....
12. दावा की गई शुद्ध धनराशि: ..... :  
Net amount claimed ..... :
13. अनुलग्नक की सूची:..... :  
List of enclosures ..... :

**घोषणा सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए**

**DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT**

मैं एतद्वारा घोषित करता हूँ कि आवेदन-पत्र में दिया गया विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही है तथा जिस व्यक्ति द्वारा चिकित्सा खर्च वहन किया गया वह पूर्णतया मेरे उपर आश्रित है।

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

दिनांक:.....  
Dated \_\_\_\_\_

सरकारी कर्मचारी का हस्ताक्षर तथा  
कार्यालय का नाम जहाँ कार्यरत है  
Signature of the Govt. Servant and  
office to which attached.

**प्रमाण पत्र - "ख"**

**CERTIFICATE - B**

डा०/श्री/श्रीमती ..... पत्नी/पुत्र/पुत्री/माता/पिता  
..... जो .....  
..... में कार्यरत हैं को निम्न प्रमाण पत्र प्रदान किया जाता है।

(अस्पताल में भर्ती न किए गए रोगियों के मामले में भरा जाए)।

Certificate granted to Dr./Shri/Smt. \_\_\_\_\_

Wife/Son/Daughter/mother/Father of \_\_\_\_\_  
employed in the

(To be completed in the case of patient who are not admitted to hospital for treatment).

PART-A

(अस्पताल के चिकित्सा अधिकारी प्रभारी द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए)।  
(To be signed by the Medical-Officer-in-Charge of the hospital)

मैं, डा० ..... एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ :  
I, Dr. .... hereby certify:

क) कि रोगी को मेरे ..... (चिकित्सा अधिकारी का नाम) के परामर्श से अस्पताल में भर्ती कराया गया।

a) That the patient was admitted to hospital on my advice/advice of ..... (Name of Medical Officer).

ख) कि रोगी की ..... में चिकित्सा की गई तथा रोगी की गंभीर बिगड़ती अवस्था को ठीक करने के लिए मेरे द्वारा लिखी गई निम्नलिखित औषधियाँ आवश्यक थी। ..... (अस्पताल का नाम) में प्राइवेट रोगियों के लिए औषधियाँ नहीं रखी जाती हैं तथा न तो स्वामित्व प्रतिष्ठान के समान चिकित्सीय मूल्य वही सस्ती परतुयें ही मिलती हैं न तो भोजन, शौचघर या रोगाणुनाशी प्रशासन ही उपलब्ध होते हैं।

b) That the patient has been under treatment at ..... 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. The medicines are not stocked in the ..... (Name of hospital) for supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substance of equal therapeutic value are available nor preparations which are primarily foods. Toilets or disinfectants.

औषधियों का नाम

Name of Medicines

मूल्य

Price

1.

2.

3.

4.

5.

6.

ग) लगाई गई सूईयों प्रतिरक्षण रोग निरोधी प्रयोजन के लिए थी/नहीं थी।

c) That the injections administered were/were not for immunizing or prophylatic purposes.

घ) रोगी ..... रोग से ग्रस्त है/था तथा दिनांक ..... से ..... तक मेरे द्वारा उसकी चिकित्सा की गई है/थी।

d) That the patient is/was suffering from ..... and is/was under treatment from ..... to .....

- ड.) एक्सरे प्रयोगशाला परीक्षण आदि कराने के लिए रु०.....  
 (..... रूपये) मात्र का खर्च जरूरी था तथा मेरी सलाह से..... (अस्पताल का नाम) में परीक्षण कराया गया।
- e) That the X-ray, laboratory tests, etc., for which an expenditure of Rs. \_\_\_\_\_ was incurred were necessary and were undertaken on my advice at \_\_\_\_\_  
 (Name of hospital/laboratory).
- न) मेरे द्वारा रोगी को डा० ..... के पास विशेषज्ञ परामर्श के लिए भेजा गया तथा इस विषय में नियमानुसार ..... (राज्य के मुख्य प्रशासन अधिकारी का नाम) से आवश्यक स्वीकृति ले ली गई थी।
- f) That I called on Dr. \_\_\_\_\_ for specialist consultation and that the necessary approval to the \_\_\_\_\_ (Name of the Chief Administrative Medical Officer of the state) \_\_\_\_\_ as required under the rules was obtained.

अस्पताल के चिकित्सा अधिकारी  
 प्रभारी का हस्ताक्षर एवं पदनाम  
 Signature & Designation of Medical  
 Officer in-Charge of the Hospital

**भाग-ख**  
**PART-B**

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी की ..... अस्पताल में चिकित्सा की गई तथा रोगी की गंभीर बिगड़ती अवस्था को ठीक करने के लिए विशेष उपचारिकाओं की सेवायें, जिराके लिए रु० ..... खर्च करना पड़ा, लेना आवश्यक था।

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

अस्पताल के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी  
 Signature of the Medical-Officer in-  
 Charge of the hospital

प्रति हस्ताक्षरित  
 Countersigned

अस्पताल का अधीक्षक  
 Medical Superintendent of the Hospital

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी की ..... अस्पताल में चिकित्सा  
की गई तथा रोगी को दी गई सुविधायें अल्पतम तथा आवश्यक थीं।

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.

स्थान/Place: \_\_\_\_\_

दिनांक/Date: \_\_\_\_\_

दृष्टव्य:- जो बातें लागू न हों उन्हें काट दें। प्रमाण-पत्र अनिवार्य है तथा चिकित्सा  
अधिकारी द्वारा सभी मामले अवश्य भरे जाएं।

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

"Manoj"  
17.7.03