

| | | | |
|---|---|-----------|----------|
| भारतीय मानक ब्यूरो BUREAU OF INDIAN STANDARDS | चिकित्सा परिचार उपचार के संबंध में किए गये व्यय के भुगतान के लिए आवेदन प्रपत्र FORM FOR CLAIMING REFUND OF MEDICAL EXPENSES INCURRED IN CONNECTION WITH MEDICAL ATTENDANCE | FI | 9 |
| विभाग/अनुभाग Dept./Section | दिनांक Date | | |
| केन्द्रीय सरकार के कर्मचारियों और उनके परिवारों के चिकित्सा परिचार उपचार के संबंध में किए गये व्यय के भुगतान के लिए आवेदन प्रपत्र (नोट : प्रत्येक रोगी के लिए अलग प्रपत्र का प्रयोग करें) Form of application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance and/or treatment of Central Government Servants or their families (Note : Every patient should fill in separate form) | | | |
| <p style="text-align: center;">प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक द्वारा चिकित्सा उपचार हेतु/अस्पताल में उपचार हेतु* For Medical Attendance by Authorised Medical Attendant/For Treatment in a Hospital*</p> | | | |
| 1. | सरकारी कर्मचारी का नाम और पदनाम Name and designation of Government servant | | |
| (i) | विवाहित या अविवाहित/whether married or unmarried | | |
| (ii) | यदि विवाहित है, स्थान जहाँ पत्नी/पति कार्यरत है if married, the place where wife/husband is employed | | |
| 2. | कार्यालय का नाम Office in which employed | | |
| 3. | मूल नियमों में दी गई परिभाषा के अनुसार वेतन तथा अन्य प्राप्तियाँ पृथक-पृथक दिखाएं/Pay of the Government servant as defined in the Fundamental Rules, and any other emoluments which should be shown separately | | |
| 4. | कार्य स्थान /Place of duty | | |
| 5. | वास्तविक निवास पता / Actual residential address | | |
| 6. | रोगी का नाम तथा कर्मचारी से उनका संबंध (बच्चों की स्थिति में उनकी आयु भी लिखें) Name of the patient and his/her relationship to the Government servant (In the case of Children state age also) | | |
| 7. | स्थान जहाँ रोगी बीमार हुआ/Place at which the patient fell ill | | |
| 8. | मांगी गई राशि का विवरण/ Details of the amount claimed | | |
| I अस्पताल उपचार /Hospital Treatment | | | |
| | अस्पताल अथवा डिस्पेंसरी का नाम /Name of the hospital/dispensary | | |
| | अस्पताल उपचार के व्यय का अलग-अलग विवरण दें /Charges for hospital treatment, indicating separately the charges for – | | |
| | (i) आवास/Accommodation: (यह बताएँ कि क्या आवास सरकारी कर्मचारी के स्तर या/अथवा वेतन के अनुसार था और उस स्थिति में जहाँ आवास सरकारी कर्मचारी के स्तर से अधिक हो, तो यह प्रमाण पत्र संलग्न करना होगा कि वह आवास जो उनके अधिकार के दायरे में हो उपलब्ध नहीं था।/State whether it was according to the status or pay of the Government servant and in cases where the accommodation is higher than the status of the Government servant, a certification should be attached to the effect that the accommodation to which he was entitled was not available.) | | |

| | |
|--|--|
| | (ii) खुराक / Diet |
| | (iii) शल्य चिकित्सा या चिकित्सा उपचार / Surgical operation or medical treatment or confinement |
| | (iv) रोग निदान, रोगाण्विक, एक्स-रे तथा ऐसे ही अन्य परीक्षणों के विवरण : Pathological, bacteriological, radiological or other similar tests, indicating - |
| | क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण किये गए a) the name of the hospital or laboratory at which undertaken, and |
| | ख) क्या परीक्षण अधिकृत चिकित्सा अधिकारी के परामर्श पर किये गए थे ? यदि हाँ, तो इस संबंध में प्रमाण पत्र 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 |
| | (v) दवाइयों / Medicines |
| | (vi) बाजार से खरीदी गई दवाइयों की कीमत (दवाइयों की सूची नकदी मीमो तथा अनिवार्यता प्रमाण पत्र लगाएं)/ Special medicines (Cash memos and the essentiality certificates should be attached) |
| | (vii) साधारण नर्सिंग / Ordinary nursing |
| | (viii) विशेष नर्सिंग (जैसा कि नर्सों को विशेष तौर से रोगी की सेवा में लगाया हो) यह बताएं कि क्या वे इस रोग के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के परामर्श पर नियुक्त किए गए हैं अन्यथा कर्मचारी या रोगी की प्रार्थना पर? पहले के संदर्भ में, प्रभारी चिकित्सा अधिकारी द्वारा जारी एवं अस्पताल के चिकित्सा अधिक्शक द्वारा हस्ताक्षरित प्रमाण पत्र संलग्न करना होगा। 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) एंबुलेंस फीस / Ambulance charges (आने-जाने का जो सफ़र तय किया हो बताएँ/state the journey - to and fro - undertaken) |
| | (x) कोई अन्य व्यय (जैसा कि रोशनी, पंखा, हीटर, वातानुकूलन, इत्यादि) यदि उपरोक्त सेवाएँ सभी रोगियों को दी जाने वाली सेवाएँ हो और यह रोगी की इच्छा पर निर्भर न करता हो तो यह भी बताएँ। 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 no choice was left to the patient. |

टिप्पणी १: यदि उपचार सरकारी कर्मचारी के निवास पर CS(MA) अधिनियम १९४४ के नियम ७ के अंतर्गत प्राप्त हुआ हो, तो उस उपचार का विवरण दें और इन नियमों के अनुसार प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक से एक प्रमाण पत्र संलग्न करें।

Note 1. - If the treatment was received by the Government servant at his residence under 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 these rules.

टिप्पणी २: यदि उपचार सरकारी अस्पताल की अपेक्षा किसी अन्य अस्पताल में मिला हो, आवश्यक विवरण दें और 'नजदीकी सरकारी अस्पताल में वांछित उपचार का प्रावधान नहीं है' ऐसा प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक से प्रमाण पत्र प्रदान करें।

Note 2. - If the treatment was received at a hospital other than a Government hospital, necessary details and the certificate of the authorised medical attendant that the requisite treatment was not available in any nearest Government hospital should be furnished.

| II. विशेषज्ञ का परामर्श / Consultation with Specialist | | |
|---|--|---------|
| प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक को छोड़कर किसी विशेषज्ञ अथवा चिकित्सा अधिकारी को दी गई फीस, निम्नलिखित विवरण दें: / Fees paid to a Specialist or a Medical Officer other than the authorised medical attendant, indicating | | |
| (क) जिस चिकित्सा अधिकारी से परामर्श किया गया उनका नाम और पदनाम तथा संबंध अस्पताल अथवा डिस्पेंसरी का नाम/Name and designation of the Specialist or Medical Officer consulted and hospital to which attached | | |
| (ख) कितनी बार परामर्श किया तथा उनकी तिथियां और प्रत्येक परामर्श के लिए दी गई फीस / the number and dates of consultations and the fees charged for each consultation | | |
| (ग) क्या परामर्श अस्पताल में या परामर्श केन्द्र पर 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, and | | |
| घ) क्या विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की सलाह पर गया था और राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी की अनुमति प्राप्त कर ली गई थी। यदि हां, तो इस संबंध में प्रमाण पत्र लगायें/whether the Specialist or Medical Officer was consulted on the advice of the authorised medical attendant and the prior approval of the Chief Administrative Medical Officer of the State was obtained. If so, a certificate to that effect should be attached. : | | |
| 9. | मांगी गई कुल राशि / Total amount claimed | रु./ Rs |
| 10. | लिया गया न्यूनतम अग्रिम / Less advance taken on | रु./ Rs |
| 11. | मांगी गई कुल निवल राशि /Net amount claimed | रु./ Rs |
| 12. | संलग्न प्रलेखों की सूची/ List of enclosures | |
| कर्मचारी द्वारा की जाने वाली घोषणा/DECLARATION TO BE SIGNED BY THE EMPLOYEE | | |
| मैं प्रमाणित करता हूँ कि/I hereby declare that | | |
| (१) इस आवेदन में प्रत्येक कथन मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सही है और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा खर्च किया गया है वह मुझ पर पूर्णतया निर्भर है। (1) 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 is wholly dependent upon me. | | |
| (२) मेरे निवास स्थान से २ किलो मीटर के घेरे में दवाइयां/औषधियां बेचने वाली कोई सरकारी उचित दर दुकान/सहकारी उपभोक्ता भंडार/औषध भंडार नहीं है अथवा केंद्रीय या राज्य सरकार का स्थानीय निकाय अथवा सहकारी समिति अधिनियम के अधीन मान्यता प्राप्त किसी अन्य संगठन द्वारा कोई औषध डिपो नहीं खोला गया है। (2) that there are no Govt. fair price shop/cooperative consumer store/medical centre selling medicines/drugs or Central/State Govt. sponsored local outlet or any organization running medicine depot recognized under the Cooperative Societies Act in the radius of 2 kilometers from my place of stay. | | |
| लेखा विभाग को प्रस्तुत Submitted to Accounts Dept. | कर्मचारी के हस्ताक्षर /Signature of the employee | |
| *जो लागू न हो काट दें/Strike out whichever is not applicable | | |