ओ.पी.डी.
O. P. D.

केन्द्रीय सरकारी कर्मचारी तथा उनके परिवार की डाक्टरी परीचर्या और इलाज पर हुए डाक्टरी खर्चों की वापसी का दावा करने का आवेदन पत्र

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/treatment taken both from an Authorised Medical Attendance and a Hospital

सूचना : हर रोगी के लिए अलग फार्म भरा जाना चाहिए

N. B. : SEPARATE FORM SHOULD BE USED FOR EACH PATIENT

1. सरकारी कर्मचारी का नाम और पद (साफ अक्षरों में) .....
1. Name and Designation of Government Servant (IN BLOCK LETTERS) .....

(अ) क्या विवाहित/अविवाहित है .....
(i) Whether married or unmarried
(ब) अगर विवाहित है तो पती/पत्नी रोजगार में है उस जगह का नाम और पता .....
(ii) If married the place where wife/Husband is employed.

2. किस कार्यालय में काम कर रहा है .....
2. Office in which employed

3. आधारभूत नियमों में वेतन की दी गई परिभाषा के अनुसार सरकारी कर्मचारी की वेतन और वेतन स्तर यदि अन्य कोई उपलब्धिया हो तो उन्हे अलग से दिखाया जाना चाहिए .....
3. Pay & Pay level of Government Servant as defined in the Fundamental Rules and any other emoluments, which should be shown separately. .....

4. नोकरी का स्थान .....
4. Place of Duty

5. निवास का वास्तविक पता .....
5. Actual Residential Address

6. रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारीसे उनका संबंध .....
सूचना – यदि बीमार बच्चा हो तो उसकी उम्र भी लिखी जाए
6. **Name of the patient and his/her relationship with the Government Servant.** .....
N.B.- In the case of children state age also.

7. रोगी किस स्थान पर बीमार पडा .....
7. **Place at which the patient fell ill**

8. बीमारी का स्वरूप .....
8. **Nature of illness**

9. इलाज का अवधी .....
9. **Treatment Period**

10. दावे की रकम का ब्यौरा .....
10. **Details of the Amount claimed**

डाक्टरी परिचर्या
MEDICAL ATTENDANCE

(1) निम्नलिखित मदोंका निर्देश करते हुए परामर्श की फीस .....
(1) Fees for consultation indicating

(अ) अधिकारी का नाम, पद एवं अस्पताल जिससे चिकित्सा प्राप्त की गई है । .....
(a) the name, qualification and designation of the Medical Officer consulting and the Hospital or Dispensary to which attached. .....

(ब) कितनी बार और किस किस तारीख को परामर्श लिया गया और हर परामर्श के लिए कितनी फीस दी गई है .....
(b) the number and dates of consultation and the fees paid for each consultation .....

(क) कितनी सुईया किन किन तारीखों को लगी और हर सुई के लिए कितनी फीस देनी पडी .....
(c) the number and dates of injections and the fees paid for each injection .....

(ड) क्या परामर्श और/या सुईया अस्पताल में ली गई या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास स्थान पर .....
(d) Whether consultation and/or injections were had at the Hospital, at the consulting room of the Medical Officer or at the residence of the patients. .....

(2) रोग का निदान करके कसब किए गए विकृती–वैज्ञानिक, जीवाणू–वैज्ञानिक, बीकिरण–वैज्ञानिक और ऐसे ही दूसरे परीक्षण का खर्च लिखिए निम्नलिखित बातें बताईए –

(2) Charges for pathological, bacteriological, rediological or other similar tests undertaken and-

(अ) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहा परीक्षण हुए और

(a) the name of the Hospital or Laboratory where the tests were undertaken and

(ब) क्या वे परीक्षण प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की सलाह पर हुई यदि हा तो इसका प्रमाणपत्र इसके साथ लगाए

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

(क) बाजार से खरीदी गई दवाओं का मूल्य (नगद मेमो और जरूरती प्रमाणपत्र सलग्न करें)

(c) Cost of Medicines purchased from the Market. (Cash memos and the essentially certificate should be attached).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. अनुलग्नकों की सूची
10. List of enclosures

.....

.....

11. दावे की कुल रकम
11. Total Amount Claimed

.....

इस घोषणा पर सरकारी कर्मचारी हस्ताक्षर करें

GOVERNMENT SERVANT SHOULD SIGN ON THIS DECLARATION

मैं घोषित करता हूं कि इस प्रार्थना पत्र में दिया गया बयान मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार ठीक है और जिस व्यक्ती के उपर चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूर्णत: 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 is wholly dependent upon me.

स्थान :
Place :

दिनांक :
Date :

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर कार्यालयीन पते के साथ
Signature of the Government Servant and Office to which attached

---

केवल कार्यालयीन उपयोग के लिए
FOR OFFICE USE ONLY