

भाकृअनुप-राष्ट्रीय पशु आनुवंशिक संसाधन ब्यूरो, करनाल

केंद्र सरकार के कर्मचारियों एवं उनके परिवार के सदस्यों के लिए चिकित्सा/चिकित्सीय देखभाल पर प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी/हस्पताल में किये गए खर्च की प्रतिपूर्ति हेतु आवेदन प्रपत्र

नोट: प्रत्येक रोगी हेतु अलग आवेदन प्रपत्र का प्रयोग करें:

1.	सरकारी कर्मचारी का नाम एवं पद	
	i. विवाहित/अविवाहित ii. यदि विवाहित है तो पति/पत्नी का कार्यस्थल	
2.	विभाग/अनुभाग का नाम	
3.	सरकारी कर्मचारी का मूलभूत नियम के अनुसार वेतन किन्हीं अन्य भतों सहित अलग रूप से दर्शाया जाये.	
4.	कार्यस्थल	करनाल
5.	रिहायश का सही पता	
6.	रोगी का नाम और उसका सरकारी कर्मचारी के साथ संबंध	
7.	नोट: बच्चों की आयु तथा बीमार पड़ने के स्थान को दर्शाया जाये	
8.	दावा की गई राशी का वर्णन: चिकित्सीय देखभाल	
	1. परामर्श शुल्क	
	a. चिकित्सा अधिकारी का नाम व पद तथा डिस्पेंसरी/हस्पताल का नाम, जिससे परामर्श लिया गया है:	
	b. परामर्श की संख्या तथा प्रत्येक परामर्श के लिए कितना शुल्क दिया गया:	
	c. इंजेक्शनस की संख्या और प्रत्येक इंजेक्शन के लिए दिया गया शुल्क:	
	d. क्या परामर्श एवं इंजेक्शन प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी के हॉस्पिटल/परामर्श कक्ष/रोगी के घर पर लिए गए:	
	2. रोग जाँच के दौरान पैथोलॉजिकल, बक्टेरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल अथवा अन्य अनुरूपी जांचों पर व्ययित राशि:	
	a. हस्पताल/प्रयोगशाला का नाम जहाँ पर जाँच की गई:	

	b. क्या जाँच प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर की गई यदि हाँ तो प्रमाण पत्र संलन करें:	
	c. बाज़ार से खरीदी गई दवाओं का मूल्य:	
	दवाओं की सूची, रसीदें अन्य आवश्यक प्रमाण पत्र संलग्न करें:	
II.	हस्पताल का इलाज:	
	हस्पताल का नाम	
	हस्पताल के इलाज खर्च में अलग-अलग रूप से निम्न रूप से दर्शायें:	
	i. आवास (क्या आवास सरकारी कर्मचारी के दर्जे अथवा वेतन के अनुरूप था यदि आवास कर्मचारी के ओहदे से अधिक स्तर का था तो प्रमाण पत्र संलग्न करें कि सरकारी कर्मचारी के ओहदे के अनुरूप आवास उपलब्ध नहीं था)	
	ii. भोजन	
	iii. सर्जिकल ऑपरेशन अथवा मेडिकल चिकित्सा अथवा प्रसव:	
	iv. रोग जाँच के दौरान पैथोलॉजिकल, बैक्टीरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल अथवा अन्य अनुरूपी जांच:	
	v. हस्पताल/प्रयोगशाला का नाम जहाँ पर जाँच की गई:	
	vi. क्या जाँच प्रभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर की गई यदि हाँ तो प्रमाण पत्र संलन करें:	
	vii. दवाएं:	
	viii. विशेष दवाएं (रसीदें और अनिवार्य प्रमाण पत्र संलग्न करें)	
	ix. सामान्य परिचर्या	
	x. विशिष्ट परिचर्या जैसेकि रोगी के लिए विशेष रूप से नर्स का अनुबंध, वर्णित करें कि क्या केस के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर रखी गई है अथवा सरकारी कर्मचारी अथवा रोगी के आग्रह पर रखी गई है. प्रभारी चिकित्सा अधिकारी का प्रमाण पत्र हस्पताल द्वारा प्रति हस्ताक्षरित प्रमाण पत्र संलग्न करें:	

	xi. एम्बुलेंस शुल्क (आने-जाने के लिए की गई यात्रा का विवरण)	
	xii. कोई अन्य शुल्क जैसेकि विद्युत लाइट, पंखा, हीटर, ए.सी. इत्यादि. वर्णित करें की ये सुविधाएँ सभी रोगियों को उपलब्ध करवाई जाने वाली सुविधाओं में शामिल हैं और रोगी के पास इच्छा का कोई विकल्प नहीं था:	
नोट:		
1.	यदि इलाज सी.एस.एम.ए. नियम 1944 के नियम-7 के अनुसार सरकारी कर्मचारी के घर पर लिया गया है तो विवरण दें और नियमानुसार प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी का प्रमाण पत्र संलग्न करें:	
2.	यदि इलाज सरकारी हस्पताल की अपेक्षा अन्य हस्पताल में लिया गया है तो अनिवार्य विवरण दें और प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी का प्रमाण पत्र संलग्न करें कि वांछित इलाज नजदीकी सरकारी हस्पताल में उपलब्ध नहीं था:	
III.	प्राधिकृत चिकित्सा सहायक के अतिरिक्त विशेषज्ञ अथवा चिकित्सा अधिकारी से लिया गया परामर्श और विशेषज्ञ अथवा चिकित्सा अधिकारी को दिया गया शुल्क:	
	a. विशेषज्ञ अथवा चिकित्सा अधिकारी और हस्पताल का नाम:	
	b. परामर्शों की संख्या व दिनांक तथा प्रत्येक परामर्श के लिए लिया गया शुल्क:	
	c. क्या परामर्श विशेषज्ञ अथवा चिकित्सा अधिकारी के हस्पताल के परामर्श कक्ष में लिया गया अथवा रोगी के घर पर:	

	d. क्या विशेषज्ञ अथवा चिकित्सा अधिकारी से परामर्श प्राधिकृत चिकित्सा सहायक की सलाह पर लिया गया और राज्य के चीफ मेडिकल ऑफिसर की पूर्व अनुमति प्राप्त की गयी, यदि ऐसा है तो प्रमाण पत्र संलग्न करें:	
9.	दावा की गई कुल राशि	
10.	ली गयी पिछली अग्रिम राशि	
11.	दावा की गयी राशि	
12.	नत्थी दस्तावेजों की सूची	

सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित घोषणा

मैं एतद द्वारा घोषणा करता हूँ कि उक्त आवेदन में दी गयी सूचनाएँ मेरे सर्वश्रेष्ठ ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार सही हैं और जिस व्यक्ति के इलाज के लिए चिकित्सा खर्च किया गया है वह पूर्णतः मुझ पर आश्रित है.

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर

नाम व पद

विभाग/अनुभाग का नाम

दिनांक.....

1. प्रमाणित है कि रोगी नामक बीमारी से पीड़ित है और दिनांक से तक मेरे इलाज में रहा है.
2. यह कि रोगी को प्रसव-पूर्व अथवा प्रसवोपरांत उपचार नहीं दिया गया है.
3. यह कि एक्स-रे, प्रयोगशाला जाँच जिस पर रुपये का खर्च किया गया है, अनिवार्य थे और मेरे सुझाव पर हस्पताल/प्रयोगशाला (हस्पताल/प्रयोगशाला का नाम) में किये गए.
4. यह कि रोगी को हस्पताल में भर्ती करना अनिवार्य नहीं था.
5. यह कि मैंने रोगी को डॉ. विशेषज्ञ/चिकित्सा अधिकारी के पास परामर्श हेतु विनिर्दिष्ट किया, और नियमानुसार वांछित अनिवार्य स्वीकृति एतद् द्वारा प्राप्त की गयी है, मेमो संख्या दिनांक

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर एवं पद

स्थान :

दिनांक:

भाग "ख"

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी में इलाज के अंतर्गत हस्पताल में उपचाराधीन रहा है और विशेष नर्स की सेवाएं जिन पर रुपये का व्यय किया गया है जिसकी बिल व रसीदें संलग्न हैं, रोगी के उपचार/गंभीर विकार के अवरोधन के लिए अनिवार्य थीं.

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर एवं पद

प्रतिहस्ताक्षर

चिकित्सा अधीक्षक

..... हस्पताल

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी हस्पताल में मेरे उपचाराधीन रहा है और रोगी को दी गयी सुविधाएँ न्यूनतम थीं जोकि रोगी के ईलाज के लिए अनिवार्य थीं.

चिकित्सा अधीक्षक

..... हस्पताल

स्थान :

दिनांक :

आन्तरिक आकस्मिक चिकित्सा के लिए अनिवार्य प्रमाण पत्र

मैं प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती/कु. पुत्र/पुत्री/पति/पत्नी
श्री को हस्पताल
(क्लिनिक/नर्सिंग होम/हस्पताल का नाम) में मेरे उपचाराधीन आकस्मिक बीमारी
.....(बीमारी का नाम) के इलाज के लिए रखा गया है और
दवाएं/उपचार/सुविधाएँ रोगी की स्थिति को देखते हुए दी गयी हैं.
आपात उपचार के लिए रुपये का शुल्क रोगी से बिल/रसीद
संख्यादिनांक के अंतर्गत वसूल किया गया है और
रोगी ने रुपये का व्यय आपातकालीन इलाज के लिए
अनिवार्य दवाओं को मार्केट से क्रय करने पर किया है जिसके बिल/रसीदें
..... दिनांक क्रमशः संलग्न हैं.

चिकित्सक के हस्ताक्षर

चिकित्सा अधिकारी प्रभारी

हस्पताल/नर्सिंग होम/क्लिनिक/

चिकित्सा अधीक्षक