

सीएसआईआर-केन्द्रीय इलेक्ट्रॉनिकी अभियांत्रिकी अनुसंधान संस्थान, पिलानी (राजस्थान)  
CSIR-Central Electronics Engineering Research Institute, Pilani (Rajasthan)

(केन्द्रीय सरकार के कर्मचारियों व उनके आश्रितों के चिकित्सकीय उपचार तथा/या डाक्टर की सहायता संबंधी व्यय की वापसी हेतु प्रपत्र)  
(Form for reimbursement of expenditure incurred on Medical treatment and/or Doctor's assistance for Central Govt. employees and their dependents)

(नोट/Note : कृपया प्रत्येक रोगी के लिये अलग प्रपत्र प्रयोग करें/Please fill in separate form for each patient)

1. सरकारी कर्मचारी का नाम तथा पद : .....  
Name of Govt. servant & Designation
2. कार्यालय जिसमें कार्यरत है : .....  
Office in which employed
3. सरकारी कर्मचारी का वेतन जैसा कि मूल नियमों में परिभाषित है तथा अन्य परिलब्धियाँ अलग दिखाई जाएँ : .....  
Pay of the Govt. Servant as defined in FR.  
Please indicate other emoluments separately
4. कार्य स्थान / Place of work : .....
5. वास्तविक निवास पता / Actual address of residence : .....
6. रोगी का नाम तथा उसका सरकारी कर्मचारी से संबंध (नोट : बच्चों के संबंध में उनकी उम्र भी दी जाए) : .....  
Name of the patient and his/her relation with the employee  
(Note : In the case of children, mention their age)
7. स्थान जहाँ रोगी बीमार हुआ : .....  
Place where the patient fell ill
8. बीमारी का नाम तथा बीमारी रहने की अवधि : .....  
Name of disease and duration of illness
9. वापस ली जाने वाली राशि का विवरण Particulars of amount to be reimbursed

(i) परामर्श की फीस के संबंध में / Regarding consultation fee

- (अ) अधिकारी का नाम तथा पद जिससे परामर्श किया गया एवं चिकित्सालय जहाँ पर वह कार्यरत है : .....  
Name of the officer & designation who was consulted and Hospital where he is working
- (ब) परामर्श संख्या तथा दिनांक एवं प्रत्येक परामर्श पर दी गई धनराशि : .....  
Consultation No. & date and amount paid on each consultation
- (स) क्या परामर्श चिकित्सालय अथवा चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष या रोगी के निवास स्थान पर किया ? : .....  
Whether consultation done at the Hospital/Consultation room of Medical Officer or at the residence of patient

(ii) रोग-विज्ञान, जीवाणु-विज्ञान, विकिरण विज्ञान संबंधी तथा अन्य इसी प्रकार के निदान हेतु परीक्षणों के लिये किया गया व्यय –  
Expenditure on medical tests of Pathology, Bacteriology, Radiology and for the diagnosis other such diseases

- (अ) चिकित्सालय या प्रयोगशाला का नाम जिसमें परीक्षण किए गए : .....  
(a) Name of the Hospital/ Lab where the tests were carried out
- (ब) क्या परीक्षण अधिकृत चिकित्सक के परामर्श पर किए गए थे? यदि हां, तो इस संबंध में प्रमाण पत्र संलग्न कीजिए : .....  
(b) Whether tests were carried out on Authorized doctor's advice? If yes, Attach the certificate in proof of it
- (स) औषधि की लागत जो बाजार से खरीदी गई : .....  
(c) Cost of medicines purchase from market  
(औषधि की सूची, नकद पर्चा तथा औषधि की अनिवार्यता प्रमाण पत्र संलग्न किए जाएँ।  
(Enclose List of Medicines, Cash receipt and Medicine Essentiality Certificate)

**ii) चिकित्सालय उपचार / Medical Treatment :**

चिकित्सालय का नाम व उपचार हेतु ली गई धनराशि का प्रथम ब्यौरा  
Name of Hospital and Details of amount taken for treatment

- (i) **आवास / Residence (Ward)** : .....
- (लिखिए कि क्या यह सरकारी कर्मचारी के स्तर या वेतन के अनुरूप है? यदि वह स्तर से अधिक है तो इस आशय का प्रमाण पत्र संलग्न करें कि स्तर के अनुसार आवास उपलब्ध नहीं था)  
(Was it as per the level/pay of the Govt. Servant? If it is above the level then enclose the certificate mentioning therein that the residence/ward of desired level was not available)
- (ii) **आहार / Food** : .....
- (iii) **शल्य चिकित्सा या औषधि उपचार / Surgery or medical treatment** : .....
- (iv) **रोग विज्ञान, जीवाणु विज्ञान, विकिरण विज्ञान तथा अन्य इसी प्रकार के परीक्षणों के संबंध में**  
Regarding Pathology, Bacteriology, Radiology and for the diagnosis other such diseases
- (क) चिकित्सालय या प्रयोगशाला जिसमें परीक्षण किए गए : .....
- (a) Name of the Hospital/Lab where the tests were carried out
- (ख) क्या चिकित्सालय में केस के चिकित्सा कार्य प्रभारी के परामर्श पर किए? अगर हाँ तो इस संबंध में प्रमाण पत्र संलग्न किया जाए। : .....
- (b) Whether tests were carried out on Authorized doctor's advice? If yes, Attach the certificate in proof of it : .....
- (v) **औषधियाँ / Medicines** : .....
- (vi) **विशेष औषधियाँ, औषधि सूची, नकद पर्चा तथा औषधि की अनिवायर्ता प्रमाण पत्र संलग्न किए जाएँ।** : .....
- Enclose list of specific medicines, list of medicines, cash receipt and Medicines' essentiality certificate : .....
- (vii) **सामान्य उपचर्या / General Nursing** : .....
- (viii) **विशेष उपचर्या जैसे-विशेष रोग के कारण रोगी के लिये लगाई गई नर्स, लिखिये क्या उन्हें सरकारी कर्मचारी या रोगी की प्रार्थना पर इलाज में मामले के चिकित्सा प्रभारी के परामर्श पर लगाया गया है? पहली अवस्था में चिकित्सा प्रभारी के प्रमाण पत्र जो चिकित्सालय के चिकित्सा अधीक्षक से प्रतिहस्ताक्षरित हो संलग्न किए जाएँ।** : .....
- Special Nursing, Such as Nurse deputed for patient in specific disease, Write whether that nurse was deputed on the advice of the concerned doctor on Govt. Servant's or patient's request?  
Enclose certificate of Medical officer in charge duly countersigned by the Medical Supdt. Of the Hospital
- (ix) **चिकित्सालय का गाड़ी व्यय (लिखिए, कहाँ से कहाँ तक यात्रा की गई):** .....
- Hospital's vehicle expenses (Write the particulars of journey performed)
- (x) **अन्य व्यय जैसे बिजली, पंखा, हीटर, वातानूकलन आदि के संबंध में:** .....
- व्यय लिखिये। क्या उपर्युक्त सुविधाएँ रोगियों को साधारणतया दी जाने वाली सुविधाओं का एक अंग है तथा क्या रोगी को इनकी नितांत आवश्यकता थी?  
Write other expenses, such as electricity, fan, heater, AC etc. : .....
- Write whether these facilities are part of facilities generally provided to the patients and were they extremely necessary for the patient

**टिप्पणी :**

- (क) अगर केन्द्रीय सेवा (चिकित्सा)नियम 1938 के नियम 8 या केन्द्रीय सेवा (चिकित्सा) नियम 1944 के नियम 7 के अन्तर्गत सरकारी कर्मचारी द्वारा अपने निवास स्थान पर उपचार प्राप्त किया गया, तो ऐसे उपचार का ब्यौरा दीजिये तथा नियमानुसार प्राधिकृत चिकित्सक का प्रमाण पत्र संलग्न कीजिए।
- (a) If the patient had taken the treatment at his/her residence under Rule 8 of CS(MA) Rules 1938 or Rule 7 of CS(MA) Rules 1944, then give details of such treatment and attach certificate of Authorized Doctor as per rules.
- (ख) यदि उपचार सरकारी चिकित्सालय के अलावा किसी अन्य चिकित्सालय में प्राप्त किया गया तो अनिवार्य विवरण तथा प्राधिकृत चिकित्सक का इस आशय का प्रमाण पत्र, कि वांछनीय उपचार अन्य किसी निकट सरकारी चिकित्सालय में उपलब्ध नहीं था, संलग्न किया जाना चाहिए।
- (b) If the treatment was taken in Hospital other than the Govt. Hospital then mandatory details and certificate of Authorized Doctor must be enclosed mentioning therein that the desired treatment was not available in any of the nearby Govt. Hospital.

**(iii) विशेषज्ञ से परामर्श (विशेषज्ञ या प्राधिकृत चिकित्सक के अलावा चिकित्सा अधिकारी को दी गई फीस के संबंध में)**

**Consultation with Specialist (Regarding fee paid to Medical Officer other than Specialist or Authorized Doctor)**

- (क) विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का (a) Name of Specialist/Medical officer : .....  
नाम तथा पद जिससे परामर्श लिया गया who was consulted and Hospital in .....  
तथा चिकित्सालय का नाम जिसमें वह which he is working .....  
कार्यरत है।
- (ख) क्या परामर्श चिकित्सालय में विशेषज्ञ या (b) Whether consultation done at the  
चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष या Hospital/Consultation room of Medical  
रोगी के निवास स्थान पर किया गया। Officer or at the residence of patient : .....
- (ग) परामर्श संख्या दिनांक तथा प्रत्येक परामर्श (c) Consultation No. & date and amount  
पर दी गई धनराशि paid on each consultation : .....
- (घ) क्या प्राधिकृत चिकित्सक की सलाह से (d) Whether Specialist or Medical Officer  
विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से परामर्श was consulted on the advice of : .....  
किया गया तथा प्रान्त/जिले/राज्य के मुख्य Authorized Doctor? And for this, .....  
चिकित्सा अधिकारी का पूर्व अनुमोदन was prior approval of CMO of the  
लिया गया है, यदि हाँ, तो इस संबंध region/District/State taken?  
में प्रमाण पत्र संलग्न कीजिए। If yes, attach necessary certificate.
10. कुल वापिस ली जाने वाली धनराशि : .....  
Total amount to be reimbursed
11. अग्रिम धनराशि : .....  
Advance drawn
12. शुद्ध वापिस ली जाने वाली धनराशि : .....  
Net amount to be reimbursed
13. संलग्न पत्रों की सूची : .....  
List of enclosures

**घोषणा / Declaration**

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन पत्र में दिया गया विवरण मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार सत्य है और जिस व्यक्ति पर चिकित्सा व्यय किया गया है वह मुझ पर पूर्णतया आश्रित है। मैं यह भी वचन देता हूँ कि इस संबंध में कोई भी गलत भुगतान/ वृत्तिपूर्ण दावा या असत्यता पाई जाती है तो इसके लिए मैं व्यक्तिगत रूप से जिम्मेदार रहूँगा तथा इसकी वसूली यदि कोई हो तो मुझ से की जाएगी।

I hereby declare that particulars given in this application form is true to the best of my knowledge and belief and the person on whom the medical expenses are incurred is fully dependent on me. I also undertake that I'll individually held responsible if any wrong payment/false claim etc. is found and the recovery, if any, will be done from me.

दिनांक / Date :

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर / Signatures of Govt. Servant

सीएसआईआर-केन्द्रीय इलेक्ट्रॉनिकी अभियांत्रिकी अनुसंधान संस्थान, पिलानी (राजस्थान)  
CSIR-Central Electronics Engineering Research Institute, Pilani (Rajasthan)

प्रमाणपत्र 'ब'/Certificate –B

(अस्पताल में इलाज के लिए भर्ती किए गए रोगियों के मामले में भरा जाए)  
(To be filled in the cases of patients admitted in hospital for treatment)

यह प्रमाणपत्र श्री/श्रीमती/सुश्री..... पति/पत्नी/पुत्र/पुत्री श्री/श्रीमती/सुश्री.....को जारी किया गया।  
This certificate is issued to Mr/Mrs/Ms/Dr..... husband/wife/son/daughter of Mr/Mrs/Ms/Dr .....

**भाग 'क' / Section A**

(.....अस्पताल के प्रभारी चिकित्साधिकारी द्वारा भरा जाए)  
(To be filled in by Medical Officer In charge of ..... Hospital)

मैं, डॉ०.....एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि :

I, Dr. .... hereby certify that :

(i) रोगी मेरे/.....के परामर्श पर इस अस्पताल में भर्ती किया गया था ।

The patient was admitted to this Hospital on my/..... advice.

(ii) रोगी का इलाज.....में हुआ तथा रोगी के स्वास्थ्य लाभ/स्वास्थ्य में संभावित खराबी को रोकने के लिए मेरे द्वारा निम्नलिखित दवाइयाँ देनी अनिवार्य थीं तथा ये दवाइयाँ मरीजों को देने के लिए इस अस्पताल के भंडार में उपलब्ध नहीं रहती हैं। इन दवाओं में वे दवाइयाँ सम्मिलित नहीं हैं जिनके समान सस्ते मूल्य पर दवाइयाँ उपलब्ध हैं। इन दवाइयों में सौंदर्य प्रसाधन/भोजनसामग्री/विसंक्रामक दवाइयाँ सम्मिलित नहीं हैं।  
The patient was treated in ..... Hospital and the medicines prescribed by me were essential for the benefit of the patient/preventing the deterioration of patient's condition. The medicines are not kept in the stock of the Hospital for private patients and don't proprietary drugs against whom cheaper drugs are available. These medicines don't include food items, cosmetics or disinfectants.

औषधियों के नाम	मात्रा	मूल्य	औषधियों के नाम	मात्रा	मूल्य
Name of medicines	Qty.	Cost	Name of medicines	Qty.	Cost

(iii) रोगी ..... रोग से ग्रस्त है/था तथा दिनांक ..... से ..... तक मेरे उपचार में है/था।

The patient is/was suffering from ..... and was under my treatment w.e.f..... to .....

(iv) मेरी सलाह पर .....अस्पताल में एक्स-रे/प्रयोगशाला परीक्षण कराए गए।

X-ray/Lab tests were advised by me and done in ..... Hospital

(v) मैंने रोगी को डॉ. .... के पास विशेषज्ञ-परामर्श के लिए भेजा तथा नियमानुसार ..... (राज्य के मुख्य चिकित्सा अधिकारी का नाम) का आवश्यक अनुमोदन प्राप्त किया गया था।

I have sent the patient to Dr. ....for expert advice and necessary approval of ..... (Name of Chief Medical Officer) in this regard was taken as per rules.

दिनांक Date.....

चिकित्सा प्रभारी के हस्ताक्षर व मोहर  
Signatures of Medical officer in charge with seal

**भाग 'ख' / Section B**

मैं प्रमाणित करता हूँ कि ..... अस्पताल में रोगी के स्वास्थ्य लाभ/स्वास्थ्य में गंभीर गिरावट (खराबी) को रोकने के लिए विशिष्ट व अनिवार्य सेवाओं पर रु0..... व्यय हुआ जिसकी रसीदें संलग्न हैं।

Certified that the amount of Rs. .... was incurred in ..... hospital on specific and essential services for the patient's health improvement/preventing serious deterioration of patient's health. Receipts for the same are enclosed herewith.

दिनांक Date.....

**चिकित्सा प्रभारी के हस्ताक्षर व मोहर**  
**Signatures of Medical officer in charge with seal**

**चिकित्सा अधीक्षक द्वारा प्रतिहस्ताक्षर**  
**Counter signatures by Medical Superintendent**

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी को.....अस्पताल में जो सुविधाएँ उपलब्ध कराई गईं, वे उसके इलाज के लिए अनिवार्य थीं।  
Certified that the facilities made available to the patient in ..... hospital were essential for his/her treatment.

दिनांक Date .....

**चिकित्सा अधीक्षक के हस्ताक्षर व मोहर**  
**Signatures of the Medical Superintendent with seal**

नोट - सभी प्रमाणपत्र सरकारी कर्मचारी/अधिकारी द्वारा भरे जाएँ। जो प्रमाण पत्र लागू न हों उसे काट दें।

Note - All the certificates are to be filled in by the Govt. Servant/official. Strike out the certificate whichever is not applicable