

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

चिकित्सा प्रतिपूर्ति आवेदन-पत्र / Application for Medical Reimbursement
(आउटडोर रोगी के मामले में भरा जाए / To be filled in case of OPD treatment)

1. पहचानपत्र सं. / ID No. :
2. नाम / Name :
3. पदनाम / Designation :
4. निर्णय एकक/पैकेज/अनुभाग :
5. मूल वेतन / Basic Pay :
6. आवासीय पता / Residential Address :
7. रोगी का नाम, आयु तथा कर्मचारी से संबंध
Name of the patient, Age & relation with the employee :
8. स्थान जहाँ रोगी बीमार हुआ / Place where the patient fell ill :
9. वापस ली जाने वाली राशि का विवरण / Particulars of the amount to be reimbursed
परामर्श की फीस के सम्बन्ध में / Regarding consultation fee
(i) अधिकारी का नाम तथा पद जिससे परामर्श
किया गया एवं चिकित्सालय जहाँ पर वह कार्यरत हैं। :
Name of the officer & designation who was
Consulted and the Hospital where he is working :
(ii) परामर्श संख्या तथा दिनांक एवं प्रत्येक परामर्श
पर दी गई धनराशि :
Consultation No. & Date
and amount paid on each consultation :
(iii) क्या परामर्श चिकित्सालय अथवा चिकित्सा
अधिकारी के परामर्श कक्ष या रोगी के निवास :
स्थान पर किया गया ?
Place of consultation (Hospital/
Consultation room of Medical Officer or residence of the patient):
(iv) रोग-विज्ञान, जीवाणु-विज्ञान, विकिरण-विज्ञान सम्बन्धी तथा अन्य इसी प्रकार
के रोगों के निदान हेतु परीक्षणों पर किया गया व्यय :
Expenditure on medical tests of Pathology, Bacteriology, Radiology
and for the diagnosis other such diseases :
(v) औषधियों का व्यय / Expenditure on Medicines :
10. दावा धनराशि / Amount claimed :
11. अग्रिम-राशि / Advance drawn :
12. शुद्ध वापिस ली जाने वाली धनराशि / Net amount to be reimbursed:
13. संलग्न पत्रों की सूची / List of papers enclosed :

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/त्रुटिपूर्ण 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 :.....

हस्ताक्षर / Signatures

अनिवार्यता प्रमाण-पत्र / Essentiality Certificate

*यह प्रमाण-पत्र श्रीमती/श्री/कु.....पुत्र/पुत्री/पत्नी डॉ./श्री/श्रीमती , सीएसआईआर-सीरी, पिलानी (राज.) में कार्यरत हैं, को दिया जाता है।
This certificate is given to Mrs/Mr/Ms son/daughter/wife of Dr/Mr/Mrs who is working in CSIR-CEERI, Pilani (Raj)

***(संस्थान कर्मचारी के मामले में भरा जाए To be filled in the case of employee)**

**यह प्रमाण-पत्र श्रीमती/श्री/कु..... जिनके पिता/माता/पति/पत्नी सीएसआईआर-सीरी, पिलानी (राज.) में कार्यरत हैं, को दिया जाता है।
This certificate is given to Mrs/Mr/Ms..... whose father/mother/husband/wifeis working in CSIR-CEERI, Pilani (Raj.)

**** (संस्थान कर्मचारी के आश्रितों के मामले में भरा जाए/To be filled in the case of dependents of employee)**

प्रमाण-पत्र – अ / Certificate - A

मैं, डॉ. एतद् द्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि / I, Dr..... ,hereby certify that:

- (क) मैंने दिनांक को दिये गये परामर्श के लिए ₹ प्राप्त किये।
(a) I have received ₹..... for the..... consultation given on dated
- (ख) मैंने औषधालय समय के पश्चात् अपने परामर्श-कक्ष/रोगी के निवास स्थान पर दिनांक को दिये गये अंतःशिरा/अंतःपेशी इन्जेक्शन के लिए रु. प्राप्त किये।
(b) I received Rs. for giving intravenous/intravenous injection to the patient at my consultancy room/dispensary/patient's residence on
- (ग) रोगी अस्पताल/मेरे परामर्श कक्ष में उपचार हेतु था/तथा इस सम्बन्ध में रोगी के स्वास्थ्य लाभ/दशा बिगड़ने की रोकथाम के लिए मेरे द्वारा निर्धारित निम्नलिखित औषधियाँ आवश्यक थीं। ये औषधियाँ प्राइवेट रोगियों को देने के लिए के स्टॉक में नहीं रखी जाती हैं तथा 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।
(c) The patient was under my treatment in my Hospital/consultation room 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 for private patients and don't include proprietary drugs against whom cheaper drugs are available. These medicines don't include food items, cosmetics or disinfectants.

बिल सं. एवं दिनांक
Bill no & Date

औषधियाँ
Medicines

मूल्य
Price

- (घ) रोगी रोग से ग्रस्त है/था तथा दिनांक से तक मेरे उपचार में है/था।
(d) The patient is/was suffering from and was under my treatment w.e.f..... to
- (ङ.) एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि जिन पर रु. व्यय किया गया वो मेरी सलाह से (अस्पताल का नाम) में किया गया।
(e) The expenditure of ₹ incurred on X-ray, lab tests etc was advised by me and was done in (name of the hospital)
- (च) 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।
(f) 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.
- (ग) रोगी को चिकित्सालय में भर्ती की आवश्यकता थी/नहीं थी।
(g) The patient was required/not required to be admitted in Hospital.

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर/ Signatures of Medical Officer