

**चिकित्सा दावा के लिए अवेदन प्रपत्र / FORM OF APPLICATION FOR MEDICAL CLAIM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 01. | नाम (स्पष्ट अक्षरों में)  Name (in block letters) | : |
| 02. | पदनाम / Designation | : |
| 03. | कार्यालय/शाखा/विभाग जिसमें कार्यरत हैं।  Office/Branch/ Dept. in which employed | : |
| 04. | मूल वेतन / Basic Pay | : ₹ / Rs. |
| 05. | आवासीय पता / Residential Address | : |
| 06. | मरीज़ का नाम और उसका सरकारी कर्मचारी से संबंध / Name of the patients and his/her relationship with the Govt. Servant | : |
| 07. | ड्यूटी का स्थान / Place of Duty | : |
| 08. | बीमारी का प्रकार और उसकी अवधि  Nature of illness and its duration | : |
| 09. | दावा की गई धन राशि का विवरण / Details of the amount claimed (चिकित्सा परिचर्या / Medical Attendance)  (क). परामर्श प्राप्त चिकित्सा अधिकारी का नाम और पदनाम तथा वह जिस अस्पताल/औषधालय से परामर्श प्राप्त किया गया है।  a. Name and designation of the medical Officer consulted and the Hospital / Dispensary to which attached | : |
|  | (ख). परामर्श दिनों की संख्या और ऐसे परामर्श के लिए भुगतान किया गया शुल्क।  b. The number and dates of consultation and the fee paid for such consultation | : |
|  | (ग). क्या परामर्श/इंजेक्शन, अस्पताल में या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास पर लिया गया था ।  c. Whether consultation / injection were had at the hospital or at the Consultation Room of the Medical Officer or at the residence of the patient | : |
| 10. | इंजेक्शनों की संख्या और तारीख तथा प्रत्येक इंजेक्शन के लिए भुगतान किया गया शुल्क, जिसमें क्लिनिक परीक्षणों के लिए भुगतान किया गया शुल्क/प्रभार शामिल है ।  The number and date of injections and the fee paid for each injection including fees/ charges paid for clinic tests | : |
| 11. | बाजार से खरीदी गई दवाओं की कीमत  Cost of the medicines purchased from the market | :₹ /Rs…………………………………… |
| 12. | दावा की गई कुल राशि / Total amount claimed | :₹ / Rs……………………………….…. |
| 13. | संलग्नकों की सूची / List of enclosures ( ) | : |

कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित किया जाने वाला घोषणापत्र **/ DECLARATION TO BE SIGNED BY THE EMPLOYEE**

मैं इसके जरिए घोषणा करता हूँ कि आवेदन पत्र में दिए गए विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य हैं तथा जिस व्यक्ति/व्यक्तियों के लिए चिकित्सा पर व्यय किया गया है, वह पूर्णतः मुझ पर आश्रित है/हैं।

I hereby declare that the statements in the application form are true to the best of my knowledge and belief and the person/persons for whom medical expenses were incurred is/are wholly dependent upon me.

दवा प्रतिपूर्ति दावा **/ MEDICINE REIMBURSEMENT CLAIM**

# 14. श्री/सुश्री …………………………………..........................….पुत्र/पुत्री ………………………………..जो एसपीएवी, विजयवाड़ा के रूप में कार्यरत हैं, के संबंध में चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावे का विवरण।

# ………………………………………………………………………………………………………… Details of medical reimbursement claim in respect of Mr./Ms.……………….………………………………..……… S/o. D/o…………………………………..working as SPAV, Vijayawada.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **क्रम सं. Sl No** | **मरीज़ का नाम और रिश्ता**  **Name of the Patient and relationship** | **दवा की दुकान/केमिस्ट का नाम**  **Name of the drug store/chemist** | **कैश मेमो नंबर और दिनांक Cash**  **Memo No. & Date** | **दवाइयाँ**  **Medicine(s)** | **प्रत्येक दवा की मात्रा**  **Amount of each medicine** | **प्रत्येक कैश मेमो का कुल योग**  **Total of each cash memo** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

दावा की गई दवाओं की कुल राशि रु........................................ रुपये .......................................................................................................................................

Total amount of Medicines claimed Rs………………… Rupees …………………………………………………………

## कुल योग (कॉलम 10) रु. / Grand Total (Col.10) Rs. ……………………………………

## घोषणा / DECLARATION:

1. मैं प्रमाणित करता हूँ कि जिस मरीज़ के लिए बिल में चिकित्सा प्रतिपूर्ति का दावा किया गया है वह पूरी तरह मुझ पर निर्भर है।

I certify that the patient(s) for whom medical reimbursement claim has been made in the bill is/are wholly dependent upon me.

1. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरी पत्नी/पति सरकारी/अर्ध-सरकारी सेवा में कार्यरत नहीं है तथा उन्होंने कोई दावा प्रस्तुत नहीं किया है।

I certify that my wife/husband is not employed in the Government /Semi-Government service and he/she has not submitted any claim.

स्वीकृत एवं प्रतिहस्ताक्षरित / Accepted and Countersigned दावेदार के हस्ताक्षर / Signature of the Claimant

दिनांक/Date

## लेखा शाखा /ACCOUNTS BRANCH

दावा मात्र रु. …….................................…………..(रु............................................................................................................… ) के लिए पारित किया गया।

Claim passed for Rs. ………………………..(Rs… ) only.