

भाकृअनुप - कुक्कुट अनुसंधान निदेशालय ICAR - DIRECTORATE OF POULTRY RESEARCH
राजेन्द्रनगर, हैदराबाद - 500030 Rajendranagar, Hyderabad - 500030

चिकित्सा व्यय की वापसी हेतु आवेदन पत्र/ APPLICATION FOR REFUND OF MEDICAL EXPENSES

1. सरकारी कर्मचारी का नाम एवं पदनाम/Name & Desig. of Govt. Servant:
2. कार्यकृत कार्यालय का नाम/Office in which employed :
3. सरकारी कर्मचारी का वेतनमान/Pay of the Govt. Servant :
4. कार्यस्थल/Place of Duty :
5. वास्तविक स्थानीय पता/Actual residential address :
6. रोगी का नाम एवं सरकारी कर्मचारी से उनका रिश्ता/
Name of the patient & relationship to Govt. servant :
7. रोगी के अस्वस्थ होने का स्थान/Place at which the patient fell ill :
8. परामर्शक चिकित्सा अधिकारी का नाम एवं पदनाम और किस अस्पताल/डिस्पेन्सरी से जुड़े हैं/Name and Desig. of the Medical officer consulted and the Hospital or dispensary to which attached :
9. परामर्श की तिथि एवं संख्या और प्रत्येक परामर्श पर व्यय की गई राशि/ The No' and dates of consultation and the fee paid for each consultation:
10. इंजेक्शनों की संख्या एवं दिनांक और इस पर व्यय की गई राशि/
The No' and dates of injections and fee paid :
11. परामर्श एवं इंजेक्शन चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में लिया गया है व अस्पताल में अथवा रोगी के निवास पर लिया गया है/Whether consultation and/or injections were had at the hospital/consulting room of the Medical officer or the residence of the patient :
12. रोग निदान के लिए किए गए रोगात्मक, बैक्टीरिया, रेडियोधार्मिक जैसे अन्य समतुल्य परीक्षणों पर अदाय राशि/Charges for pathological, bacteriological, radiological or other similar tests undertaken during diagnosis :
13. उक्त परीक्षण किए गए अस्पताल व प्रयोगशाला का नाम/The name of the hospital or laboratory where the above tests were undertaken:
14. उक्त परीक्षण ए.एम.ए. के सलाह पर किए गए हैं। यदि हाँ तो इस संदर्भ में आवश्यक प्रमाण पत्र संलग्न करें/Whether the above tests were undertaken on the advice of the AMA. If so, a certificate to that effect should be attached :
15. बाज़ार से खरीदे गए दवाइयों का मूल्य/
Cost of medicines purchased from the market :
16. दावा की गई कुल राशि/Total amount claimed :
17. यदि कोई अग्रिम लिया हो तो उसे काट दें/Less advance, if any, taken:
18. दावा की गयी शुद्ध आय/Net amount claimed : As at Sl.No:16
19. संलग्नों की सूची:अनिवार्यता'ए'प्रमाण-पत्र, नकद रसीदें एवं परामर्श पत्र/
List of enclosure:Essentiality"A"Certificate, Cash Memo(s) and prescription(s) :

घोषणा / DECLARATION

मैं यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि, इस आवेदन में दिया गया विवरण विश्वसनीय एवं सही है और जिस व्यक्ति के चिकित्सा हेतु यह राशि प्राप्त किया गया है वह पूर्णतया मुझ पर निर्भर है / I hereby declare that statements in the above application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom Medical expenses were incurred is wholly dependent on me.

दिनांक/Date: _____

आवेदक के हस्ताक्षर/Signature of the Applicant

प्रमाण-पत्र - ए / CERTIFICATE - A

(चिकित्सा के लिए रोगी को अस्पताल में भर्ती न करने के संदर्भ में इसे पूरा करें)

(To be completed in the case of patient who are not admitted to hospital for treatment)

यह प्रमाणित किया जाता है कि _____ पुत्र/पुत्री/पत्नी _____ कुक्कुट परियोजना निदेशालय के कर्मचारी हैं।
Certificate granted to _____ /O _____ employed in Project Directorate on Poultry, Hyderabad.

मैं _____ यह प्रमाणित करता हूँ कि / I _____ do hereby certify :

(i) मैंने अपने परामर्श कक्ष पर एक/दो परामर्श के लिए प्रभारित की गयी राशि रु. _____ प्राप्त किया हूँ।

That I charged and received Rs. _____ for one/two consultation(s) on _____ at my consulting room.

(ii) मैंने अपने परामर्श कक्ष पर अंतर-पेशीय/उप-त्वचीय के सलाह हेतु दिनांक _____ को प्रभारित की गयी राशि रु. _____ प्राप्त किया हूँ। That I charged and received Rs. _____ for administering _____ intra-muscular/subcutaneous injections on _____ (date to be given) at my consulting room.

(iii) परामर्श के दौरान सूचित किए गए इंजेक्शन प्रतिरक्षा या रोगनिरोधक के प्रयोजन हेतु नहीं है।

That the injections administered were not for immunizing or prophylactic purposes.

(iv) यह रोगी मेरे परामर्श कक्ष पर मेरे चिकित्साधीन है और मेरे द्वारा निर्धारित की गयी निम्न दवाइयाँ इन्हें इनके बीमारी से शीघ्र स्वास्थ्य होने/बीमारी को रोकने के लिए अत्यन्त आवश्यक है। यह दवाइयाँ गैर-सरकारी रोगियों के लिए इस भण्डार में _____ (उस अस्पताल का नाम दें जहाँ ए.एम.ए. कार्यरत हैं) उपलब्ध नहीं हैं और सस्ते पदार्थों द्वारा सम चिकित्सा मूल्य उपलब्ध करने के लिए स्वामित्व तैयारी को शामिल नहीं किया गया और न ही प्राथमिक तौर पर आहार, प्रसाधन, रोगाणुनाशियों की तैयारी की गयी है।

That the patient has been under treatment at my consulting room and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in the _____ (indicate name of the hospital where AMA is employed) for supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants.

क्रम सं.	दवाइयों के नाम	मूल्य	क्रम सं.	दवाइयों के नाम	मूल्य
Sl.No	Name of the Medicine	Price	Sl.No	Name of the Medicine	Price

(v) रोगी _____ बीमारी से (स्पष्ट अक्षरों में लिखें) पीड़ित है और वह दिनांक _____ से _____ तक मेरे चिकित्साधीन रहा है। That the patient was suffering from _____ (to be given in the capitals only) and was under my treatment from _____ to _____.

(vi) रोगी को जन्मपूर्व या जन्मोत्तर चिकित्सा नहीं दी गयी / That the patient was not given prenatal or post-natal treatment.

(vii) एक्सरे, प्रयोगशाला परीक्षण इत्यादि के लिए कुल रु. _____ का व्यय किया गया है, जो आवश्यक थे और _____ स्थान पर दिए गए मेरे सलाह पर यह किया गया है। That the X-ray, laboratory test, etc. for which an expenditure of Rs. _____ was incurred were necessary and were undertaken on my advice at _____.

(viii) रोगी को डॉ. _____ से विशेषज्ञ की सलाह के लिए परामर्श हेतु मैंने सिफारिश किया है, जो नियमों के अनुसार _____ के आवश्यक अनुमोदन प्राप्त होने के पश्चात ही विशेषज्ञ से सलाह ली जाए।/ That I referred the patient Dr. _____ for specialist consultation and than the necessary approval of the _____ as required under the rules was obtained.

(ix) रोगी को अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता नहीं है / That the patient did not require hospitalisation.

रु. _____ के लिए पारित
Passed for Rs. _____
(रूपए/Rupees _____
_____ मात्र/only)

चिकित्सा अधिकारी का हस्ताक्षर एवं पदनाम एवं संबद्ध
अस्पताल/डिस्पेंसरी का मुहर
Signature & Designation of the Medical Officer and the
Hospital/Dispensary to which attached with seal