

प्ररूप-एक

चिकित्सा प्रतिपूर्ति हेतु आवेदन पत्र का प्ररूप

(नियम 13(1) देखिये)

(टीप:-प्रत्येक रोगी के लिये पृथक प्ररूप का प्रयोग किया जाये)

1. शासकीय सेवक का नाम तथा पदनाम
(स्पष्ट अक्षरों में)
2. कार्यालय, जिसमें नियोजित हो
3. मूल नियमों में दी गई परिभाषा के अनुसार
शासकीय सेवक का वेतन तथा कोई
अन्य उपलब्धियां, जो पृथक रूप से
दर्शाई जानी चाहिये
4. कर्तव्य का स्थान
5. वास्तविक निवास स्थान का पता
6. रोगी का नाम तथा शासकीय सेवक से
उसका संबंध (बच्चों के मामले में,
निम्नलिखित जानकारी भी दी जाये,
अर्थात्):-
(एक) जन्म की तारीख
- (दो) जन्म की क्रम संख्या
- (तीन) बच्चों की कुल संख्या
7. स्थान जहां रोगी बीमार हुआ
8. बीमारी का स्वरूप तथा उसकी अवधि
9. मांग (दावा) की गई राशि के ब्यौरे :-
(I) चिकित्सा परिचर्या:-
(एक) निम्नलिखित को दर्शाते हुए परामर्श फीस:-
(क) जिस चिकित्सा अधिकारी से परामर्श
किया गया हो, उसका नाम तथा पदनाम
और उस चिकित्सालय या औषधालय का
नाम जिससे दह संलग्न हो
- (ख) कब और कितनी बार परामर्श लिया गया
तथा प्रत्येक परामर्श के लिये दी गई फीस
- (ग) क्या परामर्श, चिकित्सालय में, चिकित्सा
अधिकारी के परामर्श कक्ष में या
रोगी के निवास स्थान पर लिया गया
- (दो) निम्नलिखित दर्शाते हुए रोग
निदान के दौरान रोग संबंधी, जीवाणु
संबंधी, एक्सरे संबंधी (रेडियोलॉजिकल)
या ऐसी अन्य समतुल्य परीक्षण (जांच) संबंधी व्यय:-
(क) उस चिकित्सालय या प्रयोगशाला
का नाम, जहां परीक्षण (जांच) की गई, और
(ख) क्या परीक्षण (जांच) प्राधिकृत चिकित्सा
परिचारक की सलाह से की गई थी
और यदि हां, तो इस आशय का एक
प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना चाहिये

(तीन) बाजार से खरीदी गई औषधियों की कीमत
(औषधियों की सूची, नकदी पत्रक (कैश मेमो),
और आवश्यकता प्रमाणपत्र संलग्न किया जाना चाहिए)

(II) चिकित्सालयीन उपचार:-

निम्नलिखित के खर्च पृथक् रूप से दर्शाते
हुए चिकित्सालयीन उपचार संबंधी खर्च-
(एक) स्थान (इसका उल्लेख कीजिये कि
क्या वह शासकीय सेवक की प्रास्थिति
या वेतन के अनुसार था और उन
मामलों में जहां स्थान शासकीय सेवक
की प्रास्थिति से उच्चतर का है, तो
इस आशय का एक प्रमाणपत्र संलग्न किया
जाना चाहिये कि वह स्थान, जिसके लिए
वह हकदार था, उपलब्ध नहीं था)

(दो) खुराक

(तीन) शल्य चिकित्सा या चिकित्सा उपचार

(चार) निम्नलिखित का उल्लेख करते हुए
रोग संबंधी, जीवाणु संबंधी, एक्सरे
संबंधी (रेडियोलॉजिकल) तथा ऐसी अन्य
जांच (परीक्षण):-

(क) उस चिकित्सालय या प्रयोगशाला
का नाम, जिसमें उक्त परीक्षण
किया गया, तथा

(ख) क्या वह चिकित्सालय में रोगी के
प्रभारी चिकित्सा अधिकारी की
सलाह पर ली गई थी। यदि
हां, तो इस आशय का प्रमाणपत्र
संलग्न किया जाना चाहिये

(पांच) औषधियां

(छ) विशेष औषधियां

(औषधियों की सूची, नगदी पत्रक (कैश मेमो)
तथा आवश्यक प्रमाणपत्र संलग्न किया जाना चाहिये)

(सात) सामान्य उपचर्या (जनरल नर्सिंग)

(आठ) विशेष उपचर्या (नर्सिंग) अर्थात्

रोगी के लिए विशेष रूप से रखी गई नर्स।
इस बात का उल्लेख कीजिये कि क्या वह
चिकित्सालय में रोगी के प्रभारी
अधिकारी की सलाह पर नियोजित थी या
शासकीय सेवक अथवा रोगी के निवेदन
पर नियोजित थी। पहली स्थिति में, रोगी के
प्रभारी चिकित्सा अधिकारी का प्रमाणपत्र, जो
चिकित्सालय के चिकित्सा अधीक्षक द्वारा
प्रतिहस्ताक्षरित किया गया हो संलग्न किया
जाना चाहिए

(नौ) कोई अन्य खर्च अर्थात् बिजली, पंखा,
हीटर, वातानुकूलित (एयरकंडीशनिंग)
आदि संबंधी खर्च का भी उल्लेख
कीजिये कि क्या निर्दिष्ट सुविधाएं
उन्हीं सुविधाओं का एक भाग हैं जो
सभी रोगियों के लिए सामान्य रूप से

उपलब्ध है और रोगी के लिये इस संबंध में कोई विकल्प नहीं था

टीए- यदि उपचार शासकीय सेवक द्वारा अपने निवास स्थान पर कराया गया था तो ऐसे उपचार के ब्यौरे दीजिये और प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक का प्रमाणपत्र संलग्न कीजिये।

10. मांग (दावा) की गई कुल राशि

11. सहपत्रों की सूची

घोषणा, जिस पर शासकीय सेवक द्वारा हस्ताक्षर किए जायेंगे

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन पत्र में दिए गए विवरण मेरी पूर्ण जानकारी एवं विश्वास के अनुसार सही है और यह कि जिस व्यक्ति पर चिकित्सा व्यय किया गया है, वह पूर्णतः मुझ पर आश्रित है।

तारीख201

शासकीय सेवक के हस्ताक्षर तथा
कार्यालय का नाम, जिससे वह संलग्न है।

प्ररूप-दो
आवश्यकता प्रमाणपत्र का प्ररूप
(नियम 13 (2) देखिए)

क- ऐसी औषधियों के मामले में, जो मेडीकल स्टोर्स डिपो की मूल्य सूची में शामिल नहीं हैं

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी.....पिता/पति का नाम श्री
जो किमें नियोजित हैं, तारीख.....से.....तक अन्तःरोगी/बाह्यरोगी के
रूप में.....चिकित्सालय में.....(रोग का नाम) के लिए मेरे उपचार में रहे/रहीं और इस संबंध
में मेरे द्वारा निम्नलिखित औषधियां विहित की गईं। ये औषधियां न तो मेडीकल स्टोर्स की मूल्य सूची में शामिल हैं और
न ही ये ऐसी निर्मित वस्तुएं हैं जो प्रथमतः भोजन, प्रसाधन सामग्री या रोगाणुनाशी हों। ये औषधियां उपर्युक्त रोगी के
उपचार के लिए नितान्त आवश्यक थीं -

औषधियों के नाम	
(1.).....
(2.).....
(3.).....
(4.).....
(5.).....
(6.).....

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के हस्ताक्षर तथा पदनाम/
चिकित्सालय में प्रकरण के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर

ख- ऐसी औषधियों के मामले में, जो मेडीकल स्टोर्स डिपो की मूल्य सूची में शामिल हैं-

मैं प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती/कुमारी.....पिता/पति का नाम श्री.....
जो किमें नियोजित हैं, तारीख.....से.....तक अन्तःरोगी/बाह्यरोगी के
रूप में.....चिकित्सालय में.....(रोग का नाम) के लिए मेरे उपचार में रहे/रहीं और इस संबंध में
मेरे द्वारा निम्नलिखित औषधियां विहित की गईं। ये औषधियां मेडीकल स्टोर्स की मूल्य सूची में शामिल हैं और वे स्टॉक
में नहीं हैं/.....चिकित्सालय में उपलब्ध नहीं हैं। (उसमें आधिस्वामिक (प्रोप्राइटरी) या अन्य प्रकार की ऐसी
कोई औषधि शामिल नहीं है जो कि उपर्युक्त मूल्य सूची के बाहर की हो और न वे ऐसी निर्मित वस्तुएं हैं जो प्रथमतः
भोजन, प्रसाधन सामग्री या रोगाणुनाशी हों)

औषधियों के नाम	पी.वी.एम.एस. नम्बर	मूल्य
(1)	(2)	(3)
		रु. पै.
(1.).....
(2.).....
(3.).....
(4.).....
(5.).....
(6.).....

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के हस्ताक्षर और पदनाम/
चिकित्सालय में प्रकरण के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर

ग-इन्सुलिन उपचार के मामले में

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी.....पिता/भति/भाला का नाम श्री/श्रीमती.....जो किमें नियोजित हैं, मेरे चिकित्सालय में मधुमेह के लिये प्रेरे उपचार में रहे/रहीं औरद्वारा विहित इन्सुलिन उस रोग की प्रारम्भिक अवस्था में चिकित्सालय में उपचार हेतु थी, जिसकीसेतक की अवधि के लिए कोई प्रतिपूर्ति नहीं की गई और जेय मे अक्स जाटिलताएँ उत्पन्न हो जाने के कारण उसे चिकित्सालय में भर्ती करना आवश्यक हो गया था।

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक/
चिकित्सालय में प्रकरण के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी