

आवेदन पत्र का फार्म

{ नियम 8 (1) देखिये }

(टीप प्रत्येक रोगी के लिए पृथक फार्म का उपयोग किया जावे)

- 1 शासकीय कर्मचारी का नाम तथा पद नाम :
(स्पष्ट अक्षरों में)
- 2 कार्यालय जिसमें नियोजित हो :
- 3 मूल्य नियमों में दी गई परिभाषा के अनुसार :
शासकीय कर्मचारी का वेतन तथा कोई अन्य
उपलब्धियां जो पृथक रूप से दर्शाई जाना
चाहिए
- 4 कर्तव्य स्थान :
- 5 वास्तविक निवास स्थान का पता :
- 6 रोगी का नाम यथा शासकीय कर्मचारी से :
उसका सम्बन्ध

टिप्पणी: बच्चों के मामले में निम्नलिखित जानकारी भी दी जावे अर्थात :

- 1- पैदा होने की तारीख :
- 2- पैदा होने की क्रम संख्या :
- 3- बच्चों की कुल संख्या :
- 7 रोगी के बीमार पड़ने का स्थान :
- 8 बीमारी का स्वरूप तथा उसकी अवधि :
- 9 मांग की गई रकम के ब्यौरे :

{1} चिकित्सा परिचर्या:-

(एक) निम्नलिखित को दर्शाते हुए परामर्श फीस

(क) जिस चिकित्सा अधिकारी से परामर्श किया गया हो, उसका नाम तथा पद नाम और उस
चिकित्सालय या औषधालय का नाम जिससे वह सम्बन्ध हो

(ख) कब और कितनी बार परामर्श किया गया तथा प्रत्येक परामर्श के लिए दी गई फीस

(ग) परामर्श चिकित्सालय में, चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास स्थान पर
किया गया

{दो} निम्नलिखित का उल्लेख करते हुए रोग निदान के दौरान की रोग परीक्षा, जीवाणू परीक्षा , एक्सरे
परीक्षा या ऐसी ही अन्य परीक्षा सम्बन्धी व्यय—

(क) उस चिकित्सालय का प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षा की गई ओर.....

(ख) क्या परीक्षा प्राधिकृत चिकित्सारत परिचारक को 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 किमत.....

{नगद पत्र (केशमेमो) औषधियों की सूची और आवश्यकता प्रमाण संलग्न किया जाना चाहिये}

- 2} चिकित्सालय उपचार निम्नलिखित के खर्चे पृथक रूप से दर्शाते हुए चिकित्सालयीन उपचार सम्बन्धी खर्च:-
- (एक) स्थान(इसका उल्लेख कीजिए कि वह शासकीय कर्मचारी की पद स्थिति या वेतन अनुसार था और उन मामलों में जहां स्थान शासकीय कर्मचारी की पदस्थिति से उच्च प्रकार का हो तो इस आशय का एक प्रमाण-पत्र संलग्न किया जाना चाहिये कि वह स्थान, जिसके लिए वह हकदार था, उपलब्ध नहीं था)
- (दो) खुराक
- (तीन) शल्यक्रिया या चिकित्सोपचार
- (चार) निम्नलिखित का उल्लेख करते हुए रोग परीक्षा, जीवाणु परीक्षा, एक्सरे परीक्षा तथा अन्य ऐसी ही परीक्षा-
- क) उस चिकित्सालय या प्रयोगशाला का नाम जिसमें उक्त परीक्षा की गई तथा
- ख) क्या वह चिकित्सालय में रोगी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर की गई थी ? यदि हाँ तो इस आशय का प्रमाण-पत्र संलग्न किया जाना चाहिए।.....
- (पांच) औषधियाँ
- (छः) विशेष औषधियों (औषधियों की सूची, नगद पत्र) केश में तथा आवश्यक प्रमाण-पत्र संलग्न किये जाने चाहिए
- (सात) साधारण उपचर्या(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 चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर रखी गई थी या शासकीय कर्मचारी अथवा रोगी के निवेदन पर रखी गई थी, पहली स्थिति में रोगी के चिकित्स अधिकारी का प्रमाण-पत्र, जो चिकित्सालय के चिकित्सा अधीक्षक द्वारा प्रति हस्ताक्षरित किया गया और हो, संलग्न किया जाना चाहिये
- (नौ) कोई अन्य खर्च अर्थात् बिजली, पंखा, हीटर, वातानुकूलित (एयरकंडीशनिंग) आदि सम्बन्धी खर्चे इस बात का भी उल्लेख कीजिये कि क्या उल्लेखित सुविधायें उन्हीं सुविधाओं का एक भाग है जो सभी रोगियों के लिए सामान्य रूप से है। और रोगी के लिए इस संबंध में कोई विकल्प नहीं था

टिप्पणी:- यदि उपचार शासकीय कर्मचारी द्वारा अपने निवास स्थान पर कराया गया हो तो ऐसे उपचार के ब्यौरे दीजिए और प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक का प्रमाण- पत्र संलग्न कीजिए

10. मॉग की गई कुल रकम :
11. सहपत्रों की सूची :

घोषणा, जिस पर शासकीय कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर किये जायेगे।

मैं इसके द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस निवेदन पत्र में दिये गये विवरण मेरी पूर्ण जानकारी एवं विश्वास के अनुसार सही है और यह कि जिस व्यक्ति पर खर्च किया गया है, वह पूर्णतः मुझ पर आश्रित है।

तारीख.....

शासकीय कर्मचारी के हस्ताक्षर तथा
कार्यालय का नाम, जिसमें वह सम्बन्ध है।

फार्म-दो
आवश्यकता प्रमाण-पत्र का फार्म
(नियम 8(2) देखिये)

अ} ऐसी औषधियों के मामले में, जो मेडीकल स्टोर्स डिपो की मूल्य सूची में शामिल नहीं हो-

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी.....
पिता/पति का नाम श्री..... जो किमे सेवा
नियुक्त है तारीख.....से तारीख.....तक अन्तर्वासी/बाह्यरोगी के रूप में
.....चिकित्सालय में.....(रोग का नाम) के लिए मेरे उपचार
में रहे/रही और इस सम्बन्ध 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 रोगानुनाशी
पदार्थ हो। ये औषधियाँ उपर्युक्त शासकीय कर्मचारी के उपचार के लिए नितान्त आवश्यक थी-

क्रमशः औषधियों के नाम

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.
- 13.

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के
हस्ताक्षर/चिकित्सालय में रोगी के प्रभारी चिकित्सा
अधिकारी के हस्ताक्षर

ब} ऐसी औषधियों के मामले में, जो मेडीकल स्टोर्स डिपों की मूल्य सूची में शामिल हो—

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी.....
 पिता/पति का नाम श्री.....जो किमें सेवा
 नियुक्त है तारीख.....से तारीख.....तक.....
 चिकित्सालय में.....(रोग का नाम) के लिए मेरे उपचार में रहे और इस सम्बन्ध में
 मेरे द्वारा निम्नलिखित औषधियां विहित की गईं। ये औषधियां मेडीकल स्टोर्स की मूल्य सूची में शामिल हैं और वे
 भण्डार में नहीं हैं.....चिकित्सालय में नहीं हैं। उनमें आधिस्वामिक
 (प्रोप्राइटरी) या अन्य प्रकार की ऐसी कोई औषधि नहीं है जो कि उपर्युक्त मूल्य सूची के बाहर की हो और न वे ऐसी
 निर्मित वस्तुएँ हैं जो प्रथमतः भोज्य पदार्थ, प्रसाधन सामग्री या रोगानुनाशी पदार्थ हैं।

क्रमशः	औषधियों के नाम	पी.बी.एम.एस.नम्बर	मूल्य
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के
 हस्ताक्षर/चिकित्सालय में रोगी के प्रभारी
 चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर

स} इन्सुलिन उपचार के मामले में—

मैं प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती/कुमारी.....
 पिता/पति का नाम.....जो किमें सेवा
 नियुक्त है मेरे चिकित्सालय में मधुमेह के लिए मेरे उपचार में रहे /रही और श्री
 द्वारा विहित इन्सुलिन उस रोग की प्रारम्भिक अवस्था में चिकित्सालय में उपचार हेतु थी, जिसकी तारीख.....
 से तारीख.....तक की अवधि के लिए कोई प्रतिपूर्ति नहीं की गई और रोग में अन्य जटिलताएं
 उत्पन्न हो जाने के कारण उसे चिकित्सालय में भरती करना आवश्यक हो गया था।

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक/चिकित्सालय
 में रोगी का प्रभारी चिकित्सा अधिकारी