

कार्यालय जिला एवं सत्र न्यायाधीश : दिल्ली

विषय : कर्मचारी या उसके परिवार के नामांकित सदस्यों के उपचार में हुए चिकित्सा व्यय, जिसमें चिकित्सा परिचर्या/परिचारक (मैडिकल अटेंडंस/अटेंडेंट) और अस्पताल का खर्च शामिल है, की प्रतिपूर्ति (री-इम्बर्समेंट) के लिए आवेदन पत्र

1. सरकारी कर्मचारी का नाम व पद :
2. विवाहित हैं या अविवाहित (हां/नहीं) :
यदि विवाहित हैं तो बताएं कि पत्नी/पति
कहां पर कार्यरत है
3. मौलिक नियमों में परिभाषित सरकारी कर्मचारी का :
वेतन तथा अन्य परिलब्धियां (इमॉल्युमेंट्स),
(यदि हैं तो) जो उसे अलग से दिये जाते हैं
क . पूर्व संशोधित (प्री-रिवाइज्ड) वेतनमान
ख. संशोधित (रिवाइज्ड) वेतनमान
4. नियुक्ति स्थल का पता :
5. आवास का सही व पूरा पता :
6. मरीज का नाम तथा सरकारी कर्मचारी से उसका रिश्ता :
विशेष : बच्चों के बारे में उनकी आयु की जानकारी भी दें
7. स्थान, जहां मरीज बीमार हुआ था :
8. कितनी राशि की प्रतिपूर्ति (री-इम्बर्समेंट) का :
दावा किया गया है
9. **I**
 - i. चिकित्सीय परिचर्या (मैडिकल अटेंडंस) :
 - ii . परामर्श (कान्सल्टेशन) की फीस :

निम्न वर्णित तथ्यों के अनुसार है:-

- क. परामर्शदाता चिकित्सा अधिकारी का नाम व पद :
तथा वह किस अस्पताल या डिस्पेंसरी से संबद्ध है
- ख. किन तारीखों पर व कुल कितनी बार चिकित्सा अधिकारी :
से परामर्श (कान्सल्टेशन) लिया गया तथा हर बार
परामर्श के लिए कितनी फीस अदा की गई

ग. किस तारीख को तथा कितने टीके (इंजेक्शन) लगाए गए :
गए और हर बार कितनी फीस अदा की गई

घ. क्या चिकित्सा परामर्श या/और टीके अस्पताल में :
लगाए गए, चिकित्सा अधिकारी के कमरे में लगाए गए या मरीज के घर पर लगाए गए

II) जो भी परीक्षण/टैस्ट किए गए जैसे कि पैथॉलॉजिकल, :
बैक्टेरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल या ऐसे ही दूसरे टैस्ट इत्यादि, उनका शुल्क बताएं

क). उस अस्पताल/लैबोरेटरी का नाम बताएं जहां टैस्ट करवाए गए

ख). क्या सभी टैस्ट प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक(मैडिकल अटेंडेंट) की सलाह/परामर्श से करवाए गए हैं। यदि हां तो, उससे संबंधित प्रमाण-पत्र आवश्यक तौर पर साथ संलग्न करें

ग). बाजार से खरीदी गई दवाओं का कुल मूल्य बताएं

(III) अस्पताल में किया गया उपचार

अस्पताल का नाम

अस्पताल में हुए उपचार का शुल्क,
निम्न के लिए अलग-अलग दर्शाते हुए

क). उपचार के दौरान कमरे का शुल्क (बताएं कि क्या यह सरकारी कर्मचारी के वेतन व पद के अनुसार था और यदि यह सरकारी कर्मचारी के पद से उच्च श्रेणी का कमरा था तो इस संबंध में एक प्रमाण-पत्र/सर्टिफिकेट संलग्न करें कि सरकारी कर्मचारी के पद के अनुसार जो कमरा दिया जाना था, अस्पताल में उस श्रेणी का कोई कमरा उपलब्ध नहीं था

ख) आहार

ग) शल्य चिकित्सा (सर्जिकल ऑपरेशन) या चिकित्सीय उपचार या प्रसूति

घ) पैथालॉजिकल, बैक्टेरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल या इसी तरह के जो भी परीक्षण किए गए उनका विवरण निम्न को दर्शाते हुए दें :-

- i) अस्पताल या लैबोरेटरी का नाम जहां उपरोक्त परीक्षण/टैस्ट किए गए और
- ii) यदि परीक्षण/टैस्ट अस्पताल में हुए हैं तो क्या ये परीक्षण/टैस्ट प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के परामर्श/सलाह से करवाए गए, यदि हां तो इससे संबंधित प्रमाण-पत्र/सर्टिफिकेट संलग्न करें
- iii) दवाईयां
- iv) विशेष/खास तरह की दवाईयां
- v) मामूली उपचार

IV) विशेषज्ञ से परामर्श

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक (ऑ:थराइज्ड मैडिकल अटेंडंट) के अलावा विशेषज्ञ चिकित्सा अधिकारी (स्पेशलिस्ट मेडिकल ऑफिसर) को अदा की गई फीस का विवरण :-

- क) परामर्शदाता विशेषज्ञ चिकित्सा अधिकारी का नाम
व पद तथा वह किस अस्पताल में सेवारत/से संबद्ध है
- ख) किस तारीख को और कुल कितनी बार परामर्श लिया गया
और नकद परामर्श के लिए कितनी फीस अदा की गयी
- ग) क्या चिकित्सीय परामर्श अस्पताल में विशेषज्ञ चिकित्सा
अधिकारी के परामर्श कक्ष में लिया गया या चिकित्सा
अधिकारी परामर्श देने के लिए मरीज के घर पर आया था या
- घ) क्या प्राधिकृत चिकित्सीय परिचारक की सलाह से विशेषज्ञ या
चिकित्सा अधिकारी से परामर्श किया गया था तथा इस संबंध
में मुख्य चिकित्सा प्रशासनिक अधिकारी की पूर्व स्वीकृति का
प्रमाण-पत्र/सर्टिफिकेट अवश्य संलग्न करें
10. प्रतिपूर्ति के दावे की कुल राशि (रुपए में)

11. उपरोक्त उपचार के लिए कितनी अग्रिम राशि ले चुके हैं जो
 उपरोक्त राशि में से घटानी है तथा वह किस तारीख
 को ली गई थी
12. दावे की शुद्ध (नेट) रकम/राशि
13. संलग्न दस्तावेजों की सूची
-
-
-
-
-
-

मैं शपथ-पूर्वक यह घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त आवेदन में वर्णित सभी तथ्य मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार पूरी तरह सत्य और सही हैं और जिस व्यक्ति के चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति का दावा किया गया है वह पूरी तरह मुझ पर आश्रित है।

(सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर)

कर्मचारी का नाम

कर्मचारी कूट संख्या.....

न्यायालय/अनुभाग व कार्यालय

का नाम व पूरा विवरण.....

.....

.....

कक्ष संख्या.....

दूरभाष

कृपया ध्यान दें - इस आवेदन के साथ सभी आवश्यक दस्तावेजों की मूल प्रतियां तथा उनकी प्रतिलिपियों का एक सैट आवश्यक तौर पर संलग्न करें।