

परिशिष्ट 5

सरकारी कर्मचारी और उसके परिवार के सदस्यों की चिकित्सा परिचर्या तथा/अथवा उपचार संबंध में किये गये चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति के व्यय हेतु आवेदन का प्रपत्रा सूचना :- प्रत्येक रोगी के लिये अलग-अलग प्रपत्रा का प्रयोग किया जाना चाहिए।

1. सरकारी कर्मचारी का नाम एवं पद –
तथा विभाग (स्पष्ट अक्षरों में)
2. वास्तविक निवास स्थान का पता –
3. वेतन –
4. रोगी के रोग ग्रसित होने का स्थान –
5. रोगी का नाम तथा सरकारी कर्मचारी से उसका संबंध
(यदि रोगी बालक/बालिका हो तो उसकी आयु भी लिखनी चाहिए)
6. नियम 3(2) (पप) (च) के अधीन सरकारी कर्मचारी से उसके निवास स्थान पर उपचार करने हेतु प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के द्वारा वसूल किये गये परामर्श शुल्क की राशि (चिकित्सक का नाम लिखिये तथा विहित प्रमाण-पत्रा संलग्न कीजिये)
7. सरकारी कर्मचारी के निवास स्थान पर इंजेक्शन लगाने हेतु कम्पाउन्डर/ नर्स को भुगतान किया गया शुल्क (विहित प्रमाण-पत्रा संलग्न किया जाये)
8. रोगी वाहन व्यय
9. बाजार से क्रय की गई औषधियों का विवरण मूल्य :-
10. नियमों के अधीन स्वीकार अन्य व्यय यदि कोई हो
11. दावे की कुल राशि
12. संलग्न-पत्रों की संख्या

घोषणा :- जिस पर सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर किये जायेंगे :-

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन-पत्रों में किया गया विवरण जहां तक मेरी सर्वोच्च जानकारी और विश्वास है, सही है यह व्यक्ति जिसके लिये चिकित्सा व्यय किया गया है मुझ पर पूर्णतया आश्रित है। मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि मेरे द्वारा खरीदी गई इन औषधियों के लिये इसके पूर्व कोई दावा प्रस्तुत और आहरित नहीं किया गया है।

दिनांक

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर
एवं पद नाम तथा कार्यालय जिससे संबद्ध है।