

**NATIONAL SCHEDULED CASTES FINANCE & DEVELOPMENT CORPORATON, DELHI**

**चिकित्सा दावे के लिए प्रपत्र/FORM FOR MEDICAL CLAIM**

1	कर्मचारी का नाम एवं पदनाम (बड़े अक्षरों में) Name and designation of the employee (in BLOCK letters)	
2	ड्यूटी स्थान (प्रधान कार्यालय/ऑचलिक कार्यालय) Place of Duty (Headquarters/Zonal Office)	
3.	आहरित वेतन (मूल वेतन, विशेष वेतन, वैयक्तिक वेतन, प्रतिनियुक्ति भत्ता सहित) Pay drawn (including Basic Pay, Special Pay, Personal Pay, Deputation Allowance)	
4.	आवासीय पता/Residential Address	
5.	रोगी का नाम एवं कर्मचारी के साथ उसका संबंध Name of the patient & his/her relationship with employee	
6.	अस्पताल का नाम/Name of the Hospital दाखिला/Admission छुट्टी/Discharge	
7.	दावा राशि का विवरण/Details of amount claimed	राशि (रुपए में)/ Amount (in Rs.)
क a	कमरे का किराया/Room Rent (यदि इन नियमों के अधीन कर्मचारी की अनुमत्यता से अधिक कमरे का किराया अदा किया है, तो अस्पताल से प्राप्त इस आशय का प्रमाण पत्र संलग्न करना चाहिए कि रोगी की भर्ती की तारीख को उनकी पात्रता के अनुसार कमरा उपलब्ध नहीं था और उनकी स्थिति ऐसी थी कि उन्हें अस्पताल में भर्ती करने को स्थगित अथवा देरी नहीं कर सकते थे।) (In case room rent paid is higher than that admissible under the Rules, to the patient a certificate from the hospital should be attached to the effect that the room to which he/she was entitled on the date of his/her admission was not available and his/her condition was such that the hospitalization could not be postponed or delayed).	
ख b	आहार/Diet	
ग c	सर्जिकल ऑपरेशन या चिकित्सीय उपचार या परिरोध Surgical operation or medical treatment or confinement	
घ d	अस्पताल/प्रयोगशाला का नाम जहाँ विकृत वैज्ञानिक, जीवाणु वैज्ञानिक, विकिरण वैज्ञानिक एवं अन्य जांच की गई है तथा इस आशय का प्रमाणपत्र कि यह सब अस्पताल में रोगी के प्राधिकृत चिकित्सा परिचर प्रभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर किया गया है।	

	Pathological] Bacteriological, Radiological & other investigation indicating the name of the Hospital/Laboratory at which undertaken and a certificate to the effect that these were undertaken on the advice of the authorised medical attendant/medical officer in charge of the Patient at the Hospital.	
ड e	दवाइयों/टीके/सेरा/अन्य चिकित्सीय वस्तु (केश मेमो तथा डॉक्टर द्वारा निर्धारित दवाइयों की पर्ची संलग्न की जानी चाहिए ) Medicines/Vaccines/Sera/Other therapeutic Substance (Cash Memos and Doctor's prescriptions should be attached)	
च f	विशेष देखभाल/Special Nursing (रोगी के प्राधिकृत चिकित्सा परिचर प्रभारी/चिकित्सा अधिकारी से इस आशय का प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना चाहिए कि यह रोगी के स्वास्थ्य लाभ के लिए अनिवार्य था । प्रमाण पत्र अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक द्वारा विधिवत रूप से प्रतिहस्ताक्षरित होना चाहिए ।) (A certificate from the AMA/Medical officer in charge of the Patient duly countersigned by the Medical Superintendent of the Hospital, to the recovery of the Patient should be attached).	
छ g	एम्बुलेंस प्रभार/Ambulance Charges (आने-जाने की यात्रा का विवरण दें) (Status the journey to and fro undertaken)	
ज h	विशेषज्ञ से परामर्श/Consultation with specialist (विनिर्दिष्ट करें : विशेषज्ञ का नाम, संख्या और परामर्श के लिए प्रभारित शुल्क इस आशय के प्रमाण पत्र के साथ प्रस्तुत किया जाना चाहिए कि अस्पताल में रोगी के प्राधिकृत चिकित्सा परिचर/प्रभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर विशेषज्ञ से परामर्श लिया गया था ।) (Specify name of the specialist, number and dates of consultation and the fee charged for each consultation alongwith a certificate to the effect that the specialist was consulted on the advice of the Patient at the hospital).	
8	सर्जिकल ऑपरेशन के बाद किया गया विकलांग विज्ञानी सहायता और भौतिक चिकित्सा उपचार Orthopaedic aids and physiotherapy treatment undertaken following surgical operation	
9	कुल दावा राशि/Total amount claimed	
10	प्राप्त अग्रिम घटाएँ (यदि कोई है)/Less advance taken (if any)	
11	निवल दावा राशि/Net amount claimed	
12	संलग्नकों की सूची/List of enclosures	

**कर्मचारी द्वारा दी जाने वाली घोषणा/DECLARATION TO BE GIVEN BY THE EMPLOYEE**

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि आवेदन पत्र में दिया गया विवरण मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार सत्य है तथा जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय का खर्च/दावा किया गया है वह मुझ पर पूरी तरह से आश्रित है एवं मेरे साथ रहता है ।

I hereby declare that the statements in the application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred/claimed is wholly dependent upon me and is residing with me.

(कर्मचारी के हस्ताक्षर/Signature of Employee)

दिनांक :