



राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान दिल्ली

NATIONAL INSTITUTE OF TECHNOLOGY DELHI

(शिक्षा मंत्रालय, भारत सरकार के अधीन एक स्वायत्त संस्थान)

(An autonomous Institute under the aegis of Ministry of Education (ShikshaMantralaya), Govt. of India)

Plot No. FA7, Zone P1, GT Karnal Road, Delhi-110036, INDIA

दूरभाष/Tele: +9111-33861000, 1001, 1005 फैक्स/ Fax: +9111-27787503,

वेबसाइट/Website: www.nitdelhi.ac.in

चिकित्सा उपस्थिति और / या स्वयं और परिवार के सदस्यों / आश्रितों के लिए उपचार के संबंध में किए गए चिकित्सा खर्चों की प्रतिपूर्ति का दावा करने वाले आवेदन का फॉर्म - चिकित्सा उपस्थिति / उपचार के लिए एक अधिकृत चिकित्सा परिचारक से बाहरी रोगी के रूप में या एक अस्पताल से इनडोर रोगी के रूप में लिया गया।

Form of application claiming reimbursement of medical expenses incurred in connection with medical attendance and / or treatment for self and family members/dependents -For medical attendance / Treatment taken both from an Authorized Medical attendant as outdoor patient or a Hospital as indoor patient.

1. सरकारी कर्मचारी का नाम एवं पद : _____

Name & Designation of Govt. Servant (In Block Letters)

(i) विवाहित या अविवाहित : _____

Whether married or unmarried

(ii) यदि विवाहित हैं तो क्या जीवनसाथी कार्यरत हैं? : _____

If married, the place where wife / husband is employed

2. कर्मचारी कोड संख्या, विभाग/अनुभाग : _____

Employees Code No., Department/ Section

3. सरकारी सेवक का वेतन (बैंड पे और ग्रेड पे) : _____

Pay of Govt. Servant (Band Pay & Grade Pay)

4. Residential address/ आवासीय पता : _____

5. रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारी के साथ उसका संबंध : _____

Name of the patient & his /her relationship with the Government Servant

N.B. - बच्चों के मामले में आयु भी बताएं / in case of Children state age also

6. स्थान जहाँ पर रोगी बीमार हुआ : _____

Place at which the patient fell ill

7. दावा की गई राशि का विवरण : _____

Details of the amount claimed

चिकित्सा उपस्थिति / Medical Attendance

(i) परामर्श के लिए शुल्क इंगित करते हुए / Fee for consultation indicating:

(a) परामर्श किए गए चिकित्सा अधिकारी का नाम और पदनाम और अस्पताल या औषधालय जिससे जुड़ा हुआ है/The name & designation of the Medical Officer consulted and hospital or dispensary to which attached : _____

(b) परामर्श की संख्या और तिथियां और प्रत्येक परामर्श के लिए भुगतान किया गया शुल्क/the number and dates of consultation and the fee paid for each consultation : _____

(c) इंजेक्शन की संख्या और तिथियां और प्रत्येक इंजेक्शन के लिए भुगतान किया गया शुल्क/The number & dates of injection & the fee paid for each injection : _____

(d) क्या परामर्श और/या इंजेक्शन अस्पताल, चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष या रोगी के निवास पर किए गए थे/Whether consultations and / or injections were had at the hospital, the consultation room of the medical officer or at the residence of the patient : _____

(ii) निदान के दौरान पैथोलॉजिकल, बैक्टीरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल या इसी तरह के अन्य परीक्षणों के लिए शुल्क इंगित करते हुए/Charges for pathological, bacteriological, Radiological or other similar tests under taken during diagnosis indicating:

- (a) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां लिया गया था
/thename of the hospital or laboratory where under taken : _____
- (b) क्या परीक्षण अधिकृत चिकित्सा परिचर की सलाह पर किए गए थे यदि हां, तो इस आशय का प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना चाहिए/Whether the tests were under taken on the advice of the authorized medical attendant. If so certificate to the effect should be attached : _____

(iii) बाजार से खरीदी गई दवाओं की लागत (कैश मेमो और आवश्यक प्रमाण पत्र संलग्न) / Cost of medicines purchased from the market(Cash memos and the essentiality certificate attached) : _____

(iv) विशेषज्ञ के साथ परामर्श/Consultation with Specialist:

अधिकृत चिकित्सा परिचरक के अलावा विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी को भुगतान किया गया शुल्क दर्शाता है/Fee paid to specialist or a medical officer other than the authorized medical attendant indicating

- (a) विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का नाम और पदनाम और अस्पताल जिससे परामर्श किया गया है/The name & designation of the Specialist or medical officer or at the : _____
- (b) परामर्श की संख्या और तिथियां और प्रत्येक परामर्श के लिए भुगतान किया गया शुल्क/Number & dates of consultations and the fees paid for each consultation : _____
- (c) चाहे परामर्श अस्पताल में आयोजित किया गया हो या विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास पर आयोजित किया गया हो/Whether consultation was held at the hospital or at the consultation room of the specialist or medical officer or at the residenceof the patient : _____
- (d) क्या विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से अधिकृत चिकित्सा परिचर की सलाह पर परामर्श लिया गया था/Whether the specialist or medical officer was consulted on the advice of the authorized medical attendant: _____

दावा की गई कुल राशि/ Total amount claimed : ₹ _____

कम अग्रिम लिया गया / Less advance taken : ₹ _____

दावा की गई शुद्ध राशि / Net amount claimed : ₹ _____

संलग्नक की सूची / List of enclosures : _____

[सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित प्रमाण पत्र / घोषणा]

[CERTIFICATE/DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT]

प्रमाणित किया गया है कि मैं _____, एनआईटी दिल्ली में कार्यरत हूँ और न तो अपने लिए / या अपने परिवार के सदस्यों के लिए किसी (अन्य) स्रोत से चिकित्सा सुविधाओं या वित्तीय / चिकित्सा भत्ते का लाभ उठा रहा हूँ। मैं इसके द्वारा घोषणा करता हूँ कि आवेदन में दिए गए बयान मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सही हैं और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया था, वह पूरी तरह से मुझ पर निर्भर है / Certified that I _____ employed at NIT Delhi, am not availing the medical facilities or financial / medical allowances in lieu thereof either for myself / or the members of my family from any (other) source. 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 is wholly dependent upon me.

दिनांक / Date: _____

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर

Signature of Government Servant

अनिवार्यता प्रमाण पत्र / ESSENTIALITY CERTIFICATE

एनआईटी दिल्ली में _____ नियोजित _____ को दिया गया प्रमाण पत्र । /
Certificate granted to _____ of _____ employed in NIT Delhi.

(बाहरी रोगियों के लिए प्रमाण पत्र ए/ (Certificate A-For Outdoor Patients)

मैं _____, इसके द्वारा प्रमाणित करता हूँ / I _____, hereby certify:

(a) कि रोगी का उपचार किया जा रहा है और इस संबंध में मेरे द्वारा निर्धारित की गई नीचे उल्लिखित दवाएं रोगी की स्थिति में गंभीर बिगड़ती की वसूली / रोकथाम के लिए आवश्यक थीं / That the patient has been under treatment and that the under-mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery / prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

क्रमांक S.No	दवा का नाम NameofMedicine(s)	₹ में कीमत Pricein₹	क्रमांक S.No	दवा का नाम NameofMedicine(s)	₹ में कीमत Pricein₹
कुल /TOTAL			कुल /TOTAL		

(b) रोगी _____ बीमारी से के कारण _____ से _____ तक मेरे उपचार के अधीन है / था / the patient is/was suffering from _____ and is / was under my treatment from _____ to _____.

(c) यह कि लगाए गए इंजेक्शन टीकाकरण या रोगनिरोधी उद्देश्यों के लिए नहीं थे; / that the injections administered were/were not for immunizing or prophylactic purposes;

(d) एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि, जिसके लिए _____ रुपये का व्यय किया गया था, आवश्यक था और मेरी सलाह पर (अस्पताल / प्रयोगशाला का नाम) पर किया गया था / that the X-ray, laboratory tests etc., for which an expenditure of ₹ _____ was incurred was necessary and were undertaken on my advice at _____ (Name of the hospital/Lab).

(e) कि मैंने विशेषज्ञ परामर्श के लिए डॉ को बुलाया / that I called on Dr. _____ for specialist consultation.

दिनांक / Date: _____ Signature & Designation of Medical officer

In-charge of the case at the Hospital
अस्पताल में मामले के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी
के हस्ताक्षर और पदनाम

भाग-बी/ PART-B

(इनडोर रोगियों के लिए प्रमाण पत्र बी)/(Certificate B-For Indoor Patients)

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी का _____ अस्पताल में उपचार चल रहा है और रोगी की स्थिति में गंभीर स्थिति की सुधार/रोकथाम के लिए बिलों और संलग्न रसीदों के माध्यम से ₹ _____ का व्यय किया गया था।

I certify that the patient has been under treatment at the _____ hospital and that the expenditure of ₹ _____ was incurred, vide bills and receipts attached, were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

अस्पताल में मामले के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी
के हस्ताक्षर और पदनाम

Signature & Designation of Medical officer

In-charge of the case at the Hospital

**इस उद्देश्य के लिए प्रतिहस्ताक्षरित चिकित्सा अधीक्षक / अधिकृत चिकित्सा अधिकारी
Countersigned Medical Superintendent/authorised medical officer for this purpose)**

मैं प्रमाणित करता हूँ कि प्रदान की गई सुविधाओं में रोगी का इलाज चल रहा है जो न्यूनतम थे जो रोगी के उपचार के लिए आवश्यक थे / I certify that the patient has been under treatment at the _____ and the facilities provided were minimum which were essential for the patient's treatment.

चिकित्सा अधीक्षक/अधिकृत चिकित्सा अधिकारी
Medical Superintendent/authorised medical officer

(लेखा अनुभाग द्वारा उपयोग के लिए)/(For Use by Accounts Section)

आइटम/ Items	दावा की गई राशि (रुपये में) Amount Claimed (In Rupees)	अनुमत राशि (रुपये में) Amount Allowed (In Rupees)	टिप्पणियां Remarks
दवाई/ Medicine			
परीक्षण/ Tests			
कमरे का किराया/ Room Rent			
ऑपरेशन/प्रक्रिया शुल्क आदि, ऑपरेशन, प्रक्रिया, आईसीयू/सीसीयू/परामर्श/अन्य निर्दिष्ट) Operation / Procedure charges etc., Operation, Procedure, ICU /CCU/ Consultation / Others Specify).			
कुल/ TOTAL			

₹ _____ (केवल _____ रुपये)
के लिए पारित। चिकित्सा प्रतिपूर्ति रजिस्टर पृष्ठ संख्या: _____ क्रमांक: _____ में दर्ज किया गया है। / Passed for
₹ _____ (₹ _____ only). Entered in medical
reimbursement register page No. _____ Sr.No. _____ Expenditure debit table.

डीलिंग असिस्टेंट
Dealing Assistant

अधीक्षक
Superintendent

एआर/डीआर
AR/DR

कुल सचिव
Registrar

निदेशक
Director