

अनुबंध 'क' (दो प्रतियों में प्रस्तुत करें)
Annexure 'A' (To be submitted in duplicate)

मिसिल संख्या ... क0 कोड संख्या.....
File No.....A. Code No.....

राष्ट्रीय सहकारी प्रशिक्षण परिषद, नई दिल्ली
NATIONAL COOPERATIVE TRAINING COUNCIL, NEW DELHI

चिकित्सा पर किए गए व्यय की प्रतिपूर्ति हेतु आवेदन-पत्र

Application form for reimbursement of medical expenses

1. कर्मचारी का नाम/ Name of the employee
(स्पष्ट अक्षरों में)/(In block letters)
2. मूल वेतन / Basic Pay
3. घर का पता/ Residence Address
4. रोगी का नाम और कर्मचारी से उसका संबंध
Name of the patient and his/her relationship to the employee
5. चिकित्सा की अवधि/ Duration of treatmentसे/Toतक
6. स्थान जहां रोगी रोगग्रस्त हुआ (यदि 3 एवं 6
अलग-अलग स्थान हैं तो अंतर स्पष्ट करें)
Place where the patient fell ill (if 3 and 6
If there are different locations, please explain the difference)
7. जिस चिकित्सक/चिकित्सालय को दिखाया, उसका नाम
Name of the doctor/hospital to which he was shown
8. दावे की राशि के ब्यौरे/ Details of claim amount

(1) परामर्श शुल्क/ Consultation fee			कुल प्रदत्त राशि रु./ Total Amount Paid Rs.	अस्वीकृत राशि रु./ Rejected amount Rs.	भुगतान योग्य राशि रु./ Payable amount Rs.
दिनांक	परामर्श शुल्क	दवाखाना/रोगी का निवास स्थान			
Date	Consultation Fee	Dispensary/Residential Place of Patient			
(2) इन्जेक्शन लगाने का शुल्क/ Fee for injection Fees			कुल प्रदत्त शुल्क/ Total Paid charge		
दिनांक	संख्या	प्रदत्त शुल्क			
Date	No.	Paid charge			
(3) रोगात्मक तथा अन्य परीक्षणों के प्रभार/ Charges for pathological and other examinations			कुल प्रदत्त शुल्क/ Total given charge		
क्रम सं.	परीक्षणों का स्वरूप तथा संलग्न नकद रसीद की संख्या और तिथि				
S. No.	Nature of examinations and attached cash receipt number and date				
दिनांक					
1.					
2.					
3.					
4.					
(4) दवाओं का मूल्य /Price of medicines					
(क) डॉक्टर द्वारादिन के लिए दी गई /given by the doctor for days					
(ख) बाजार से खरीदी गई/ purchased from the market					
कैशमीमो संख्यादिनांकरुपये.....					
Cash memo No.....Date..... Rs.....					
कैशमीमो संख्यादिनांकरुपये.....					
Cash memo No..... Date.....Rs.....					

कैशमीमो संख्यादिनांकरुपये..... Cash memo No..... Date.....Rs.....			
ग) कोई अन्य प्रभार (वाउचर द्वारा समर्थित) Any other charges (Supported by voucher)			
मद संख्या 8 का योग Total of item no. 8			
9.अग्रिम राशि, यदि कोई हो Amount of advance, if any, रुपये Rs.....			
हस्ताक्षर/Signature.....			
दिनांक /Date.....			

कार्यालय प्रयोग के लिए / For office use

रु०/Rs.....(रुपए/Rs.....) के भुगतान के लिए पारित/
Passed for payment of

जांच कर्ता
Investigating by

संयुक्त निदेशक (प्र०)
Joint Director (P)

अंकेक्षण अधि०/वरिष्ठ लेखा अधि०
Audit Officer/Senior Accounts Officer

सचिव
Secretary

दावेदार द्वारा घोषणा

Declaration by the claimant

मैं एतद द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि / I hereby declare that:

- (क) दावे में दिया गया विवरण मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार सही है।
The particulars given in the claim are correct to the best of my knowledge and belief.
- (ख) जिन व्यक्तियों के लिए चिकित्सा व्ययों का दावा किया गया है, योजना में दी गई परिभाषा के अनुसार मेरे परिवार के सदस्य हैं।
The persons for whom medical expenses are claimed are members of my family as defined in the Scheme.
- (ग) जिन बच्चों के लिए दावा किया गया है, वास्तव में मुझ पर आश्रित हैं और इनमें विवाहित पुत्रियों और पुत्रों तथा उन अविवाहित पुत्रों/पुत्रियों, जिन्हें अल्पकालिक आधार के अलावा अन्यथा रोजगार प्राप्त है, को शामिल नहीं किया गया है।
Children claimed are actually dependent on me and do not include married daughters and sons and unmarried sons/daughters who are employed otherwise than on short-term basis.
- (घ) मेरे माता-पिता, जिनके लिए मैंने दावा किया है, मेरे साथ रह रहे हैं और उनकी सभी स्रोतों से कुल मासिक आय मेरे वेतन से अधिक नहीं है, और यह 1500/- रुपये प्रति माह की निर्धारित अधिकतम सीमा से भी ज्यादा नहीं है।
My parents, for whom I have made the claim, are living with me and their total monthly income from all sources does not exceed my salary and is not more than the prescribed maximum limit of Rs.1500/- per month.

(जो लागू न हो, उसे काट दें)/(Strike out whichever is not applicable).

.....
(कर्मचारी के हस्ताक्षर)
(Signature of the employee)

दिनांक/ Date: