

वन अनुसंधान संस्थान, न्यू फॉरेस्ट, देहरादून में नियोजित श्रीमान.....के सुपुत्र/सुपुत्री/पत्नी श्रीमान/श्रीमती/कुमारी.....को यह प्रमाणपत्र प्रदान किया जाता है।

CERTIFICATE granted to Mr./Mrs./Miss. .... son/wife/daughter of Mr. .... employed in the Forest Research Institute, New Forest, Dehradun.

### प्रमाण पत्र – क /CERTIFICATE - A

(यह उन रोगियों के लिए भरा जाएगा जिन्हें उपचार के लिए अस्पताल में भर्ती नहीं किया गया।  
(To be completed in the case of the patients who are not admitted to hospital for treatment.)

मैं डॉ. ....एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ :-  
I, Dr. .... hereby certify:

(i) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष/रोगी के निवास पर दिनांक .....को परामर्श के लिए.....रु0.....चार्ज और प्राप्त किए।

That I charged and received Rs. .... for .....consultation on .....at my consulting room/ at the residence of the patient.

(ii) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष/रोगी के निवास पर दिनांक .....को मांसपेशी में/त्वचा के नीचे इंजेक्शन लगाने के लिए रु0... चार्ज और प्राप्त किए।

That I charged and received Rs..... for administering Intra-venous/Intra-muscular/Sub-cutaneous injections on ..... at my consulting room/ at the residence of the patient. (Dates to be given)

(iii) कि लगाये गये यह इंजेक्शन रोग न होने देने अथवा उसकी पहले से रोकथाम करने के लिए थे/नहीं थे।

That the injections administered were/ were immunising or prophylactic purposes.

(iv) कि रोगी.....चिकित्सालय में उपचाराधीन है/रहा तथा मेरे द्वारा उपचार के लिए निहित की गई दवाएँ रोगी के स्वस्थ होने/उसकी दशा को अधिक बिगड़ने से रोकने के लिए अनिवार्य थी। यह दवाएँ गैर-अस्पताली रोगियों को देने के लिए..... (चिकित्सालय का नाम) में नहीं हैं तथा ऐसी दवाएँ जिसके लिए उतने ही चिकित्सीय गुणों वाले सस्ते द्रव्य मिल जाते हैं और न ही ये ऐसी हैं कि जो इन्हें मुख्यतः खाद्य पदार्थ, प्रसाधन सामग्री रोगाणुनाशी कहा जाए।

That the patient has been under treatment at.....hospital 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. The medicines are not stocked in the..... (Name of the hospital) for supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available, nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants.

दवाइयों के नाम/Name of medicines	कीमत/Price	दवाइयों के नाम/Name of medicines	कीमत/Price
1. ....	.....	5.....	.....
2. ....	.....	6.....	.....
3. ....	.....	7.....	.....
4. ....	.....	8.....	.....

(v) कि रोगी...

.....रोग से रुग्ण है/था और दिनांक.....तक मेरे उपचाराधीन है/था।  
That the patient is/was suffering from.....and is/was under my treatment from..... to.....

(vi) कि रोगी का प्रसव पूर्व या प्रसवोत्तर उपचार किया गया/नहीं किया गया।

That the patient was/was not given pre-natal or post-natal treatment.

(vii) कि एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि जिन पर रु0.....व्यय किया गया आवश्यक थे और मेरी सलाह से..... (चिकित्सालय या प्रयोगशाला का नाम) में कराये गये।

That the X-ray, laboratory tests, etc, for which an expenditure of Rs. ....was incurred were necessary and were undertaken on my advice at.....hospital (name of hospital or laboratory).

(viii) कि मैंने रोगी को विशेषज्ञ का परामर्श लेने के लिए डॉ.....के पास भेजा तथा उसके लिए डॉ. .... (राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम) का आवश्यक अनुमोदन प्राप्त कर लिया गया था, जैसा कि नियमों में अपेक्षित है।

That I called in Dr. ....for specialist consultation and that the necessary approval of..... (name of the Chief Administrative Medical Officer of the State) as required under the rules was obtained.

(ix) कि रोगी को चिकित्सालय में भर्ती रखना आवश्यक था/नहीं था।

That the patient did not require/required hospitalization

चिकित्साधिकारी के हस्ताक्षर एवं पदनाम तथा संलग्नित  
अस्पताल का नाम

Signature and Designation of the  
Medical Officer and the Hospital/Dispensary to which attached

दिनांक/Dated .....

केन्द्र सरकार के कर्मचारियों एवं उनके परिवारों के चिकित्सा उपचार के संबंध में आहरित चिकित्सा व्ययों के धन-वापसी का दावा करने का आवेदन पत्र

**FORM OF APPLICATION FOR CLAIMING REFUND OF MEDICAL EXPENSES INCURRED IN-CONNECTION WITH MEDICAL TREATMENT OF CENTRAL GOVT. SERVANT & THEIR FAMILIES**

1. सरकारी कर्मचारी का नाम और पता.....  
**Name & Designation of the Govt. Servant**
- (i) विवाहित अथवा अविवाहित.....  
**Whether Married or unmarried**
- (ii) जिस स्थान पर पति/पत्नी कार्यरत हैं.....  
**The place where wife/husband is employed**
2. कार्यालय जहां कार्यरत हैं.....  
**Office in which employed**
3. सरकारी कर्मचारी का वेतन.....  
**Pay of the Govt. Servant**
4. कार्य स्थल.....  
**Place of Duty**
5. वास्तविक आवासीय पता.....  
**Actual residential address**
6. रोगी का नाम एवं संबंध (बच्चों के मामलों में कृपया उम्र भी लिखें).....  
**Name of the patient & relationship.**  
**(In the case of children state age also)**
7. जिस स्थान पर रोगी बीमार हुआ.....  
**Place at which the patient fell ill.**
8. दावे की राशि का विवरण.....  
**Details of the amount claimed.**
- (अ) एम.ओ. का नाम एवं पता.....  
**The name & Designation of M.O.**
- (ब) परामर्श की संख्या एवं तिथि.....  
**The No. and Date of consultations**
- (स) पैथोलॉजी/अन्य परीक्षणों/टेस्टों के व्यय .....  
**Charges for pathological/other tests.**
- (द) बाजार से खरीदी गई दवाओं की कीमत.....  
**Costs of medicines purchased from the market**
9. कुल दावे की राशि.....  
**Total amount claimed.**
10. संलग्नकों की सूची : दवा का पर्चा, केश मैमो, प्रमाणपत्र-अ, सॉर एवं आवेदन.....  
**List of enclosures : Prescription, Case Memos, Certificate-A, Abstracts & Applications.**

दिनांक/Dated

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर  
**Signature of the Govt. Servant**

को अग्रेषित/Forwarded to

# चिकित्सा दावे का सार/ABSTRACT OF MEDICAL CLAIM

1. सरकारी कर्मचारी का नाम एवं पदनाम तथा अनुभाग एवं वेतन  
Name of the Govt. Servant with Designation and Section and pay drawn.

2. आवासीय पता तथा स्थान जहाँ मरीज बीमार पड़ा  
Residential address and place where the patient fell ill.

3. मरीज का नाम तथा सरकारी कर्मचारी से उसका संबंध  
Name of the patient, his/her relationship with the Govt. Servant

4. प्रमाणपत्र-अ में दिए गए अनुसार औषधीय चिकित्सा की अवधि तथा बीमारी का नाम  
Name of the disease and period of Medical treatment as given in Certificate-A.

5. ए.एम.ए. तथा अस्पताल का नाम  
Name of the A.M.A. and Hospital

6. परामर्श की तिथि एवं संख्या  
Number and Date of consultation

7. प्रमाणपत्र-अ में निर्धारित एवं शामिल की गई औषधियाँ  
Medicines prescribed and included in Certificate-A

विक्रेता का नाम/Name of Dealer	बिल/नकदी रसीद की संख्या एवं दिनांक/ No. & Date Bill/Cash Memo	दवाइयों के नाम/ Name of Medicines	परिमाण/ Qty.	राशि रु./ Amount Rs.
8. रेडियोलॉजी और अन्य परीक्षण/ Radiology and other tests				
9. अन्य प्रभार/Other Charges				
कुल योग/Grand Total				

सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित घोषणा/Declaration to be signed by the Govt. Servant  
में एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त दिए गए विवरण मेरे संज्ञान तथा विश्वास में सही हैं।  
I hereby declare that the particulars furnished above are correct to the best of knowledge and belief.

सरकारी कर्मचारी के पूर्ण हस्ताक्षर  
Full Signature of the Govt. Servant

रु. ....के लिए जांच किया गया  
Scrutinised for Rs.

वन अनुसंधान संस्थान, न्यू फॉरेस्ट, देहरादून में नियोजित श्रीमान.....के सुपुत्र/सुपुत्री/पत्नी श्रीमान/श्रीमती/कुमारी.....को यह प्रमाणपत्र प्रदान किया जाता है।

CERTIFICATE granted to Mr./Mrs./Miss.....son/wife/daughter of Mr. .... employed in the Forest Research Institute, New Forest, Dehradun.

### प्रमाणपत्र—ब/CERTIFICATE-B

(जो रोगी अस्पताल में उपचार हेतु भर्ती हैं उनके द्वारा पूर्ण रूप से भरा जाए)  
(To be completed in the case of patients who are admitted to hospital for treatment)

### भाग—अ/PART-A

(अस्पताल में मामले के प्रभारी चिकित्साधिकारी द्वारा हस्ताक्षर किए जाए)  
(To be signed by the Medical Officer-in-Charge of the case at the hospital)

1. मैं, डा०..... एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ: /

I, Dr. .... hereby certify:

(अ)कि रोगी को मेरी सलाह पर/.....की सलाह पर अस्पताल में भर्ती किया गया था।  
(चिकित्साधिकारी का नाम)

That the patient was admitted to hospital on my advice/on the advice of.....  
(Name of Medical Officer)

(ब) कि रोगी .....चिकित्सालय में उपचारधीन है/रहा तथा मेरे द्वारा उपचार के लिए निहित की गई दवाएं रोगी के स्वस्थ होने/उसकी दशा को अधिक बिगड़ने से रोकने के लिए अनिवार्य थी। यह दवाएं गैर-अस्पताली रोगियों को देने के लिए.....(चिकित्सालय का नाम में नहीं है तथा ऐसी दवाएं जिसके लिए उतने ही चिकित्सीय गुणों वाले सस्ते द्रव्य मिल जाते हैं और न ही ये ऐसी है कि जो इन्हें मुख्यतः खाद्य पदार्थ, प्रसाधन सामग्री रोगानुनाशी कहा जाए।

That the patient has been under treatment at.....hospital 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. The medicines are not stocked in the.....(Name of the hospital) for supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available, nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants.

दवाइयों के नाम/Name of medicines	कीमत/Price	दवाइयों के नाम/Name of medicines	कीमत/Price
1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	

(स)  
कि  
जो

इंजेक्शन दिए गए थे वे टीकाकरण या रोगनिरोधी उद्देश्य के लिए नहीं थे।

That the injections administered were/were not for immunising or prophylactic purpose.

कृ.पृ.प./P.T.O.

(घ) कि रोगी.....से पीड़ित था तथा.....से.....तक मेरे उपचाराधीन है।

That the patient is/was suffering from.....and is/was under my treatment from.....to .....

(च) कि एक्सरे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि जिसके लिए.....का व्यय हुआ जो आवश्यक था तथा.....अस्पताल, (अस्पताल तथा प्रयोगशाला का नाम) में मेरी सलाह पर किया गया।

That the X-ray, laboratory tests, etc, for which an expenditure of Rs. ....was incurred were necessary and were undertaken on my advice at.....hospital, (name of hospital or laboratory).

(छ) कि मैंने रोगी को विशेषज्ञ का परामर्श लेने के लिए डॉ. ....के पास भेजा तथा उसके लिए डॉ. ....(राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम) का आवश्यक अनुमोदन प्राप्त कर लिया गया था, जैसा कि नियमों में अपेक्षित हैं।

That I called in Dr. ....for specialist consultation and that the necessary approval of..... (name of the Chief Administrative Medical Officer of the State) as required under the rules was obtained.

अस्पताल में मामले के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर एवं पदनाम  
Signature and Designation of the Medical Officer-in-Charge of the case at the Hospital

### भाग—ब/PART-B

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी.....अस्पताल में उपचाराधीन रहा है तथा कि विशेष नर्सों की सेवाएं जिसके लिए रु0.....का व्यय किया गया, देखें संलग्नक बिल एवं रसीदें, रोगी की स्थिति में अत्यधिक गिरावट की रोकथाम/आरोग्य-प्राप्ति हेतु आवश्यक था।

I certify that the patient has been under treatment at the.....hospital and that the service of the special nurses, for which an expenditure of Rs.....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 एवं पदनाम  
Signature and Designation of the Medical Officer-in-Charge of the case at the Hospital

### प्रतिहस्ताक्षरित / COUNTERSIGNED

चिकित्साध्यक्ष

.....अस्पताल  
Medical Superintendent,  
.....Hospital

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी.....अस्पताल में उपचाराधीन रहा है तथा कि उसे प्रदान की गई सुविधाएं न्यूनतम थीं जो रोगी के इलाज हेतु आवश्यक थीं।

I certify that the patient has been under treatment at the.....hospital and that the facilities provided were the minimum which were essential for the patient's treatment.

चिकित्साध्यक्ष

.....अस्पताल  
Medical Superintendent,  
.....Hospital

स्थान/Place.....

दिनांक/Date. ....

कृपया ध्यान दें— जो प्रमाणपत्र लागू नहीं है उसे काट देना चाहिए। प्रमाणपत्र आवश्यक हैं तथा सभी मामलों में चिकित्साधिकारी द्वारा अवश्य भरे जाए।

N.B. – Certificate not applicable should be struck off. Certificate(s) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.