**राष्‍ट्रीय मुक्‍त विद्यालयी शिक्षा संस्‍थान**

**ए-24-25, सेक्‍टर-62, नोएडा-201309 उ.प्र.**

**(शिक्षा विभाग, एक स्‍वायत्‍त संस्‍थान, मा.सं.वि.मं. भारत सरकार)**

**चिकित्‍सा प्रतिपूर्ति लेने के लिए प्रोफार्मा**

PROFORMA FOR CLAIMINING MEDICAL REIMBURSEMENT

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने राष्‍ट्रीय मुक्‍त विद्यालयी शिक्षा संस्‍थान में चिकित्‍सा लाभ योजना हेतु मेरी घोषणा में शामिल स्‍वयं/पत्‍नी/पति तथा मेरे परिवार के आश्रित सदस्‍यों के रोग/बीमारी के इलाज पर ..................से..........................तक अवधि के दौरान रु. ..............................से अधिक धनराशि का खर्च वहन किया है/Certified that I have incurred an expenditure not below Rs.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ during the period from \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_to \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ on treatment of ailments/illness of self/wife/husband and dependent members of my family who are included in my declaration for medical benefit scheme of the National Institute of Open Schooling.

मैं यह भी प्रमाणित करता/करती हूँ कि/I also certify that:-

मेरे परिवार का कोई भी सदस्‍य राष्‍ट्रीय मुक्‍त विद्यालयी शिक्षा संस्‍थान में कार्यरत नहीं है/None of my family members is working in the National Institute of Open Schooling.

1. परिवार के किसी भी सदस्‍य के इलाज के लिए सीजीएचएस योजना के अंतर्गत प्रतिपूर्ति का दावा नहीं किया जा रहा है/None of my family members for whose treatment, reimbursement is being claimed under CGHS Scheme.
2. मेरी पत्‍नी/पति एक सरकारी अथवा अन्‍य संस्‍था की/के एक कार्मिक हैं। पता है/My wife/husband is an employee of the Government or any organization. Address is..................................................... .............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. तथा वे अपनी संस्‍था से चिकित्‍सा प्रतिपूर्ति का दावा नहीं करते/करती हैं/and he/she is not claiming medical reimbursement from his/her organization.
2. तथा वे अपनी संस्‍था से कोई चिकित्‍सा भत्‍ता अथवा इस प्रकार का कोई अन्‍य भत्‍ता प्राप्‍त नहीं करते/करती हैं/and is also not in receipt of any medical allowance or such from his organization.

उपर्युक्‍त धनराशि की प्रतिपूर्ति मुझे की जाए/The above said amount may be reimbursed to me.

|  |  |
| --- | --- |
| जनवरी से मार्च/January to March  | हस्‍ताक्षर/Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| अप्रैल से जून/April to June  | कार्मिक का नाम/Name of the employee \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| जुलाई से सितंबर/July to September  | पदनाम/Designation\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| अक्‍तूबर से दिसंम्‍बर/October to December | शाखा/Branch \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |