**राष्‍ट्रीय मुक्‍त विद्यालयी शिक्षा संस्‍थान**

चिकित्‍सा दावे के लिए प्रोफॉर्मा FORM OF APPLICATION FOR MEDICAL CLAIM

एनआईओएस कार्मिक तथा उनके परिवारों की चिकित्‍सा और/अथवा उपचार के लिए किए गए चिकित्‍सा व्‍यय की वापसी का दावा करने के लिए आवदेन फॉर्म – सरकारी अथवा मान्‍यता प्राप्‍त अस्‍पताल से चिकित्‍सा/उपचार कराने हेतु**/Form of application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance and/or treatment of NIOS employee and their families - For medical attendance/treatment taken from Government or recognised Hospital**

1. कार्मिक का नाम और पदनाम/Name and designation of the employee

 (बड़े अक्षरों में लिखें)/ (in Block Letters)

 (नाम)/Name (पदनाम)/ (Designation)

* 1. संपर्क के लिए फोन नं./**Contact Number**
1. (i) क्‍या विवाहित हैं अथवा नहीं/whether married or unmarried
	1. यदि विवाहित हैं अपने पति/पत्‍नी के कार्यालय का नाम तथा कार्यालय का पता लिखें/if married, the name of office with place of office where wife/husband is employed
2. कार्मिक का मूल वेतन (भत्‍तों के बिना)/ Basic Pay of the employee (without allowance)
3. कार्य का स्‍थान/Place of Duty
4. आवास का वास्‍तविक पता/Actual residential address
5. बीमार व्‍यक्ति का नाम तथा कार्मिक से उसका संबंध/Name of the patient and his/her relationship to the employee

 बच्‍चों के मामले में आयु भी लिखें/ N.B. - In the case of children state age also

1. उस स्‍थान का नाम जहां वह बीमार पड़ा/पड़ी/Place at which the patient fell il
2. दावा की गई धनराशि का विवरण/Details of the amount claimed
3. अस्‍पताल का उपचार/Hospital Treatment

 अस्‍पताल का नाम/Name of the Hospital

अस्‍पताल में इलाज के लिए किया गया खर्च अलग-अलग दर्शाएं/Charges for Hospital treatment, indicating separately the charges for:

1. आवास (लिखें कि क्‍या आवास कार्मिक के पद और वेतन के अनुसार था, यदि अस्‍पताल में आवास कार्मिक के पद से अधिक स्‍तर का है तो प्रमाणपत्र संलग्‍न करें कि जिस आवास के लिए कार्मिक हकदार था, वह उपलब्‍ध नहीं था/Accommodation (State whether it was according to the status or pay of the employee and in case where the accommodation is higher than the status of the Employee, a certificate should be attached to the effect that the accommodation to which he was entitled was not available.
2. आहार/Diet
3. सर्जिकल ऑपरेशन अथवा चिकित्‍सा उपचार अथवा प्रसूति/Surgical operation or medical treatment or confinement
4. पैथोलॉजिकल, बैक्‍टीरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल अथवा अन्‍य समान परीक्षण सहित/Pathological, bacteriological, radiological or other similar tests, including
	1. अस्‍पताल अथवा प्रयोगशाला का नाम जहां टेस्‍ट किए गए/the name of the hospital or laboratory at which undertaken, and
	2. क्‍या अस्‍पताल में प्रभारी चि‍कित्‍सा अधिकारी की सलाह पर किया गया है। यदि हां, तो इससे संबंधित प्रमाणपत्र संलग्‍न किया जाए/whether undertaken on the advice of the medical officer in charge of the case at the hospital. If so, a certificate to that effect should be attached
5. (क) दवा/Medicine

(ख) विशेष दवाएं/Special medicines

(अनिवार्य प्रमाणपत्र संलग्‍न करें)/ (the essentiality certificate should be attached)

1. साधारण नर्सिंग/Ordinary Nursing
2. विशेष नर्सिंग अर्थात् नर्स, विशेष रूप से इसी बीमार की देखभाल करती है। बताएं कि क्‍या नर्स अस्‍पताल में बीमार का उपचार कर रहे प्रभारी चिकित्‍सा अधिकारी की सलाह पर अथवा स्‍वयं कर्मचारी अथवा बीमार व्‍यक्ति के अनुरोध पर कार्यरत है। पहले मामले में बीमार के प्रभारी चिकित्‍सा अधिकारी से तथा अस्‍पताल के चिकित्‍सा अधीक्षक द्वारा प्रतिहस्‍ताक्षरित कराकर एक प्रमाणपत्र संलग्‍न किया जाए/Special nursing, i.e., nurses, specially engaged for the patient. State whether they are employed on the advice of the medical officer in charge of the case at the hospital or at the request of the employee or patient. In the former case a certificate from the medical officer in charge of the case and countersigned by the Medical Superintendent of the hospital should be attached.
3. एम्‍बुलेंस शुल्‍क/Ambulance charges.

 (आने और जाने के लिए की गई यात्रा हेतु लिया गया)/(State the journey - to and from under taken)

1. कोई अन्‍य शुल्‍क जैसे - बिजली की रोशनी, पंखे, हीटर, एयर-कंडीशनिंग इत्‍यादि के लिए शुल्‍क। यह भी बताएं कि क्‍या प्रदान की गई सुविधाएं सामान्‍यत: सभी रोगियों को प्रदान की जाने वाली सुविधाएं हैं और रोगी के पास अन्‍य कोई विकल्‍प नहीं था/Any other charges, e.g., charges for electric light, fan, heater air-conditioning, etc. State also whether the facilities referred to are a part of the facilities normally provided to all patients and no choice was left to the patient.

नोट 1. यदि कार्मिक अथवा बीमार द्वारा सीएस (एमए) नियम, 1944 के नियम 7 के अंतर्गत अपने निवास स्‍थान पर उपचार कराया गया है तो ऐसे उपचार का विवरण दें तथा इन नियमों के अनुसार अपेक्षित प्राधिकृत चिकित्‍सा परिचारक का प्रमाणपत्र संलग्‍न करें/If the treatment was received by the Employee or patient at his residence under Rule 7 of the CS(MA) Rules, 1944, give particulars of such treatment and attach a certificate from the authorised medical attendant as required by these rules.

नोट 2. यदि उपचार सरकारी अस्‍पताल/मान्‍यता प्राप्‍त अस्‍पताल के अतिरिक्‍त किसी अन्‍य अस्‍पताल से कराया गया है तो आवश्‍यक विवरण और प्राधिकृत चिकित्‍सा परिचारक का प्रमाणपत्र दें कि अपेक्षित उपचार किसी निकटतम सरकारी अस्‍पताल/मान्‍यता प्राप्‍त अस्‍पताल में उपलब्‍ध नहीं था/If the treatment was received at a hospital other than a Government hospital/Recognized hospital, necessary details and the certificate of the authorised medical attendant that the requisite treatment was not available in any nearest Government hospital/Recognized hospital should be furnished

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 9. दावा की गई कुल धनराशि/Total amount claimed  |  | रु./Rs. |
| 10. लिया गया अग्रिम/Less advance taken on |  |  रु./Rs. |
| 11. दावा की गई कुल धनराशि/Net Amount claimed  |  |  रु./Rs.  |
| 12. संलग्‍नकों की सूची/List of enclosures  |  |  रु./Rs.  |

घोषणा पर कार्मिक द्वारा हस्‍ताक्षर किए जाएं

DECLARATION TO BE SIGNED BY THE EMPLOYEE

1. मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि आवेदन में दिया गया विवरण मेरी जानकारी और विश्‍वास के अनुसार सही है और जिस व्‍यक्ति के लिए चिकित्‍सा व्‍यय किया गया, वह पूर्ण रूप से मुझ पर आश्रित 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 is wholly dependent upon me.
2. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैं राष्‍ट्रीय मुक्‍त विद्यालयी शिक्षा संस्‍थान के सीएस (एमस) नियम 1944 के अतिरिक्‍त किसी अन्‍य स्रोत से न तो अपने और/अथवा न ही अपने परिवार के सदस्‍यों के लिए चिकित्‍सा सुविधा, अथवा वित्‍तीय/चिकित्‍सा भत्‍ते का लाभ उठा रहा/रही हूँ/I certify that I am not availing of medical facilities, or financial/medical allowance in lieu thereof, either for my self and/or the members of my family from any source other than under CS (MA) Rules, 1944 from National Institute of Open Schooling.

दिनांक/Date:

 कार्मिक का हस्‍ताक्षर तथा जिस अनुभागमें कार्यरत हैं

Signature of the Employee and Division to which attached

**राष्‍ट्रीय मुक्‍त विद्यालयी शिक्षा संस्‍थान**

**National Institute of Open Schooling**

प्रमाणपत्र ‘ख’**/CERTIFICATE 'B'**

(अस्‍पताल में उपचार के लिए भर्ती मरीजों के लिए भरा जाए)

**(To be completed in this case of patients who are admitted to hospital treatment)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ एनआईओएस में कार्यरत श्री/श्रीमती/सुश्री \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_की पत्‍नी/पुत्र/पुत्री/पिता/माता \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ को प्रमाणपत्र दिया जाता है/जाए/Certificate granted to Mr./Mrs./Miss \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Wife/Son/Daughter/Father/Mother of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ employed in the \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# भाग क/PART A

( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_अस्‍पताल के मामला प्रभारी चिकित्‍सा अधिकारी द्वारा हस्‍ताक्षरित किया जाए)/(To be signed by the Medical Officer in charge of the \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ case of the hospital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ).

मैं, डॉ. एतद् द्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि/I, Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hereby certify:

1. मरीज \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /मेरी (चिकित्‍सा अधिकारी का नाम) सलाह पर अस्‍पताल में भर्ती किया गया/That the patient was admitted to hospital on the advice of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (name of the Medical Officer)/ on my advice.
2. कि मरीज का उपचार \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ अस्‍पताल में किया जा रहा है और इस बारे में मेरे द्वारा नीचे लिखी गई दवाईयां मरीज की गंभीर स्थिति में स्‍वास्‍थ्‍य लाभ/रोकथाम के लिए आवश्‍यक थी। प्राइवेट मरीज की आपूर्ति के लिए \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (अस्‍पताल का नाम) में दवाइयों को संचय नहीं किया जाता है और इन दवाइयों में स्‍वामित्‍व सम्‍पाक/शामिल नहीं है जिसके लिए समान आरोग्‍यकर मूल्‍य के सस्‍ते द्रव्‍य उपलब्‍ध है और नही ऐसे सम्‍पाक हैं जो प्राथमिक आहार, प्रशासन अथवा कीटाणुनाशक है/That the patient has been under treatment at \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ and the under mentioned medicine 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 patient and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparations which are primary foods, toilets or disinfectants.

 दवाई का नाम**/Name of the Medicine** मूल्‍य**/Price**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |

1. कि प्रतिरक्षा करने अथवा रोग निवारण के लिए इंजेक्‍शन दिए गए/नहीं दिए गए/That the injection administered were/were not for immunizing or prophylactic purposes.
2. कि मरीज से पीडि़त था/थी और \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ से \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ तक उसका इलाज/उपचार किया गया/That the patient is/was suffering from \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ and is/was under treatment from \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. कि उपचार के लिए एक्‍स-रे, प्रयोगशाला, परीक्षण इत्‍यादि आवश्‍यक थे जो \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ पर मेरी सलाह से कराए गए तथा जिनके लिए रु. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ का व्‍यय हुआ/That the X-ray, laboratory tests etc., for which an expenditure of Rs. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ was incurred were necessary and were undertaken on my advice at \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .
4. कि मैंने विशेषज्ञ परामर्श के लिए डॉ. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ को बुलाया और जिसके लिए नियम के अंतर्गत आवश्‍यक अनुमोदन \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (राज्‍य के मुख्‍य प्रशासनिक चिकित्‍सा अधिकारी का नाम लिखें) से लिया गया/That I called on Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ for specialist consultations and that the necessary approval of the \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (name of the Chief Administrative Medical Officer of the State) as required under the rule, was obtained.

अस्‍पताल में मामले के प्रभारी चिकित्‍सा अधिकारी**/Signature and Designation of the Medical Officer**

के हस्‍ताक्षर और पदनाम**/In-charge of the case at the hospital**

# भाग ख/PART B

## मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मरीज का उपचार \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ अस्‍पताल में किया गया तथा मरीज की गंभीर स्थिति में स्‍वास्‍थ्‍य लाभ/रोकथाम के लिए आवश्‍यक विशेष नर्सों की सेवाओं के लिए रु. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ का खर्च हुआ, संलग्‍न बिल और रसीदें देखें/I certify that the patient has been under treatment at the \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hospital and that the services of 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/Signature of the Medical Officer**

## **चिकित्‍सा अधिकारी के हस्‍ताक्षर/In-charge of the case at the hospital**

##

## **प्रतिहस्‍ताक्षरित/COUNTERSIGNED**

## **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ अस्‍पताल के/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hospital**

## **चिकित्‍सा अधीक्षक/Medical Superintendent**

## मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मरीज का उपचार \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ अस्‍पताल में किया गया और प्रदान की गई सुविधाएं न्‍यूनतम थीं, जो मरीज के उपचार के लिए आवश्‍यक थीं/I certify that the patient has been under treatment at the \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hospital and that the facilities provided were the minimum which was essential for the patient's treatment.

**स्‍थान/Place**

चिकित्‍सा अधीक्षक**/Medical Superintendent**

 अस्‍पताल**/ Hospital**

## नोट/Note: - लागू न होने वाले प्रमाणपत्र को काट दिया जाए। प्रमाणपत्र (ख) अनिवार्य है तथा सभी मामलों में चिकित्‍सा अधिकारी द्वारा भरा जाए/Certificate not applicable would be struck off. A certificate (b) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all case.