



महात्मा गांधी अंतरराष्ट्रीय हिंदी विश्वविद्यालय, वर्धा

Mahatma Gandhi Antarrashtriya Hindi Vishwavidyalaya, Wardha

(संसद द्वारा पारित अधिनियम 1997, क्रमांक 3 के अंतर्गत स्थापित केंद्रीय विश्वविद्यालय)

(A Central University Established by Parliament by Act No. 3 of 1997)

अस्पताल में दाखिल रोगी की चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति दावे के लिए आवेदन प्रपत्र

अग्रिम के बिना : शून्य

अग्रिम के साथ : ₹

कर्मचारी पहचान संख्या :

बैंक खाता सं. :

(टिप्पणी: प्रत्येक रोगी के लिए अलग-अलग प्रपत्र का उपयोग किया जाना चाहिए।)

- कर्मचारी का नाम और पदनाम (स्पष्ट अक्षरों में):
- विद्यापीठ/विभाग/केंद्र/कार्यालय :
- वेतनमान/मूल पेंशन :
- विभाग : टेलीफोन नं. : मोबाईल :
- आवासीय पता :
- रोगी का नाम एवं उसका सरकारी कर्मचारी से संबंध:
(नोट: बच्चों के मामले में उनकी आयु भी लिखें।)
 - यदि विवाहित हैं, तो पत्नी/पति क्या नौकरी में हैं? :
- स्थान जहाँ रोगी का उपचार हुआ :
- विशेषज्ञ सेवाओं के शुल्कों पर किए गए भुगतान का ब्यौरा-
 - परामर्श की तिथि : भुगतान की गई राशि ₹
 - इंजेक्शन लेने की तिथि : भुगतान की गई राशि ₹
- अस्पताल में इलाज का खर्च:
 - आवास के लिए भुगतान किया गया शुल्क : ₹
(यह स्पष्ट करें कि क्या यह विश्वविद्यालय कर्मचारी के पद या वेतनमान के अनुरूप था तथा उन मामलों में जहाँ अस्पताल का आवास विश्वविद्यालय कर्मचारी की पात्रता से ऊपर है तो प्रभारी चिकित्सा अधिकारी से इस आशय का प्रमाणपत्र संलग्न किया जाए कि कर्मचारी अस्पताल में जिस आवास का पात्र था, वह उपलब्ध नहीं था।)
 - शल्यक्रिया कक्ष शुल्क : ₹
 - शल्य चिकित्सा/चिकित्सा उपचार/प्रसूति : ₹
 - पैथोलॉजिकल, बैक्टेरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल या इसी तरह के अन्य परीक्षण -
 - भुगतान की गई राशि : ₹
 - अस्पताल और प्रयोगशाला का नाम जहाँ परीक्षण/जाँच कराये गए हों- :
(अस्पताल के मामले में क्या यह चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर किया गया यदि हाँ तो इस आशय का प्रमाणपत्र संलग्न किया जाए।)

ड) दवाइयाँ (विशेष दवाइयों सहित) : ₹

च) नर्सिंग शुल्क : ₹

(क्या यह चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर किया गया। यदि हाँ, तो इस आशय का प्रमाण पत्र संलग्न किया जाए।)

छ) एंबुलेंस शुल्क : ₹

(रसीद संलग्न करें जिसमें राशि तथा कहाँ से कहाँ तक इस्तेमाल की गई, इसका विवरण हो। यदि सरकारी वाहन का उपयोग हुआ है तो सरकारी चिकित्सक का अनिवार्यता प्रमाणपत्र संलग्न करें।)

ज) कोई अन्य शुल्क : ₹

(उदाहरण के लिए बिजली, पंखे, हीटर, एयरकंडीशनर आदि की सुविधा हेतु शुल्क। स्पष्ट करें कि क्या उक्त सुविधाएँ सामान्यतया रोगियों को दी जाने वाली सुविधाओं का हिस्सा होती हैं और रोगियों के पास कोई अन्य विकल्प नहीं होता।)

10. दावे की कुल राशि : ₹

11. अनुलग्नकों की सूची :

i) अनिवार्यता प्रमाणपत्र 'ब' दिनांक :

ii) डॉक्टर का नुस्खा दिनांक :

iii) प्रमाणपत्र दिनांक :

नकदी रशीद क्रमांक व दिनांक	दवा की दुकान का नाम व पता	दवा का नाम व मात्रा	मूल्य ₹
----------------------------	---------------------------	---------------------	---------

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

iv) (क) कमरे के किराए की रसीद क्रमांक : दिनांक: राशि ₹

(ख) आहार शुल्क रशीद क्रमांक : दिनांक: राशि ₹

(ग)

(घ)

(ड.)

12. घोषणापत्र:

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि आवेदन पत्र में दिए गए विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य हैं और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किए गए वह पूर्ण रूप से मुझ पर आश्रित है।

नोट: आवेदन पूरी तरह से भरा जाना चाहिए और कार्यालय में जमा किया जाना चाहिए, ऐसा न करने पर आवेदन पर विचार नहीं किया जाएगा।

स्थान:

दिनांक :

(विश्वविद्यालय के कर्मचारी का हस्ताक्षर)

चिकित्सा प्रतिपूर्ति अनुभाग के उपयोग के लिए

आवास के लिए भुगतान किया गया शुल्क ₹	चिकित्सा अग्रिम ₹	
परामर्श शुल्क ₹	अग्रिम धनवापसी ₹	
प्रयोगशाला जाँच ₹	कुल अग्रिम ₹	
बाहर से खरीदी गई दवाइयाँ ₹	के लिए बिल पास ₹	
अस्पताल में उपलब्ध करायी गई दवाइयाँ ₹	वसूली/ भुगतान ₹	
शल्य चिकित्सा की प्रक्रिया ₹		
शल्य-चिकित्सा कक्ष ₹		
शल्य चिकित्सक शुल्क ₹		
एनेस्थेटिस्ट शुल्क ₹		
अन्य सेवाओं के लिए ₹		
i) भुगतान हेतु राशि ₹	(रुपये	मात्र)
ii) समायोजन हेतु राशि ₹	(रुपये	मात्र)
iii) वसूली हेतु राशि ₹	(रुपये	मात्र)

संबंधित सहा.

अनुभाग अधिकारी

सहा. कुलसचिव/उप कुलसचिव

वित्त अधिकारी



महात्मा गांधी अंतरराष्ट्रीय हिंदी विश्वविद्यालय, वर्धा

Mahatma Gandhi Antarrashtriya Hindi Vishwavidyalaya, Wardha

(संसद द्वारा पारित अधिनियम 1997, क्रमांक 3 के अंतर्गत स्थापित केंद्रीय विश्वविद्यालय)

(A Central University Established by Parliament by Act No. 3 of 1997)

बाह्य रोगी उपचार चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति दावे के लिए आवेदन प्रपत्र

बैंक खाता सं.:

टिप्पणी : प्रत्येक रोगी के लिए अलग-अलग प्रपत्र का उपयोग किया जाना चाहिए।

1. कर्मचारी का नाम एवं पदनाम :
(स्पष्ट अक्षरों में)
 2. पहचान पत्र संख्या :
 3. वेतन : ₹.....
 4. विद्यापीठ/विभाग/केंद्र/कार्यालय का नाम :
 5. (क) विवाहित या अविवाहित :
(ख) यदि विवाहित हैं, तो पत्नी/पति के नियोजन का स्थान :
 6. रोगी का नाम एवं उसका सरकारी कर्मचारी के साथ संबंध :
(नोट: बच्चों के मामले में उनकी आयु भी लिखें।)
 7. वास्तविक आवासीय पता :
 8. स्थान जहां रोगी बीमार हुआ :
 9. किए गए दावों की राशि के ब्यौरे :
 - i) परामर्श की तिथि : राशि ₹ :
 - ii) इंजेक्शन लेने की तिथि : राशि ₹ :
 - iii) दवाओं की कीमत : राशि ₹ :
 - iv) प्रयोगशाला शुल्क : राशि ₹ :
- दावा की गई कुल राशि : राशि ₹ :

10. अनुलग्नकों की सूची :

- i) अनिवार्यता प्रमाणपत्र 'अ' दिनांक :
ii) डॉक्टर का नुस्खा दिनांक :
iii) खरीदी गई दवा का विवरण :

नकदी रशीद क्रमांक व दिनांक	दवा की दुकान का नाम व पता	दवा का नाम व मात्रा	मूल्य ₹
----------------------------	---------------------------	---------------------	---------

11. घोषणापत्र :

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि आवेदन पत्र में दिए गए विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य हैं और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किए गए वह पूर्ण रूप से मुझ पर आश्रित है।

स्थान :

दिनांक :

(विश्वविद्यालय के कर्मचारी का हस्ताक्षर)

वित्त और लेखा विभाग के उपयोग के लिए

I. आवास के लिए भुगतान किया गया शुल्क ₹ :

इंजेक्शन ₹ :

दवाओं की कीमत ₹ :

एक्स-रे/ प्रयोगशाला जाँच ₹ :

कुल स्वीकृत राशि ₹ :

II. अब तक भुगतान की गई राशि ₹:

दावे की राशि ₹ :

III. अस्वीकृत राशि का विवरण एवं कारण ₹:

.....

.....

.....

भुगतान हेतु राशि ₹ (रुपये.....)

..... मात्र)

(संबंधित सहायक)

अनुभाग अधिकारी

सहा. कुलसचिव/उप कुलसचिव

वित्त अधिकारी