

पत्रांक : 1125 / मा०सं०एवंप्र०अनु० / पिटकुल / पी-5

दिनांक : 05.08.2011

विषय:-चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रकरणों के साथ संलग्न किये जाने वाले प्रपत्रों एवं उनके निस्तारण के सम्बन्ध में।

समस्त महाप्रबन्धक/उपमहाप्रबन्धक/
अधिसासी अभियन्ता,
पिटकुल,.....।

कृपया उपरोक्त विषयक चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रकरणों के निस्तारण हेतु कम्पनी सचिव, पिटकुल, के पत्रांक 473/CS/PTCUL/OM दिनांक 22.06.2011 के क्रम में निम्न प्रपत्र संलग्न कर आपको इस आशय के साथ प्रेषित किये जा रहें हैं, कि भविष्य में चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रकरणों के साथ दिये गये प्रपत्र भर कर कारपोरेट (वित्त) विभाग के सत्यापन के पश्चात सक्षम स्तर के अधिकारी द्वारा स्वीकृति प्रदान की जायेगी, तत्पश्चात सम्बन्धित आहरण एवं वितरण अधिकारी, भुगतान करते समय Payment Authority के साथ चिकित्सा प्रतिपूर्ति के मूल वाउचर, जॉच प्रपत्र, घोषणा प्रपत्र, एवं अन्य वांछित प्रपत्र को संलग्न कर भुगतान कराना सुनिश्चित करेंगे।

(i) चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति प्रकरण जॉच प्रपत्र।

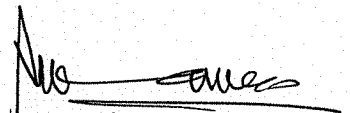
(ii) माता-पिता के आश्रित होने की स्थिति में भरा जाने वाला घोषणा-पत्र-प्रपत्र-1।

संलग्न: यथोपरि।

प्रबन्ध निदेशक

पत्रांक: 1125 / मा०सं०एवंप्र०अनु० / पिटकुल / पी-5 तददिनांकित:
प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित:-

1. निजी सचिव, प्रबन्ध निदेशक, पिटकुल, 7 बी, लेन नं० 1, वसन्त विहार एन्क्लेव, देहरादून।
2. निदेशक(परि०एवं अनु०)/(परियोजना) पिटकुल, देहरादून।
3. वरिष्ठ प्रबन्धक (मा०सं०) पिटकुल, देहरादून।
4. वरिष्ठ कार्मिक अधिकारी, पिटकुल, देहरादून।
5. कट फाईल।


(एस० के० शर्मा)
निदेशक (मा०सं०)
M. काण्डा

घोषणा-पत्र

(यह घोषणा-पत्र पूर्ववर्ती परिषद के निर्गत आदेश 885-इब्नुसी./राविप/औस-19/94-11(4) एफ./86
दिनांक 27 अप्रैल, 1994 में निहित घोषणा पत्र)

मैं.....पदनाम.....नियुक्ति खण्ड/
मण्डल/अन्य कार्यालय.....यह घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि
श्री/श्रीमती.....जो मेरे माता पिता हैं एवं.....
वर्ष से मेरे साथ ही रह रहे हैं तथा मेरे ऊपर पूर्णतया आश्रित हैं। यह मेरे किसी अन्य भाई/बहन अथवा अन्य परिवार के
सदस्य पर आश्रित नहीं है।

मैं यह भी घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि मेरे माता पिता के निम्न पुत्र/पुत्रियां हैं तथा उनका विवरण निम्नवत है :-

नाम	आयु	व्यवसाय	इकाई जिसमें सेवारत हैं का पूरा नाम
-----	-----	---------	------------------------------------

मैं.....पदनाम.....यह भी घोषणा
करता हूँ कि माता/पिता के नाम न तो कोई मकान/जमीन है और न ही ऐसी कोई चल/अचल सम्पत्ति ही है जिससे कोई आय
होती हो और न ही उन्हें राज्य/केन्द्र सरकार अथवा अन्य किसी भी संस्थान से किसी भी प्रकार की पेंशन/पारिवारिक पेंशन
अथवा आर्थिक लाभ/आय प्राप्त होती है।

मैं.....पदनाम.....इकाई.....
से दिनांक.....की सेवानिवृत्त हुआ हूँ तथा उस तिथि से मेरे ऊपर निम्न सदस्य आश्रित हैं -

क्रमांक	नाम	आयु	व्यवसाय	टिप्पणी
---------	-----	-----	---------	---------

उक्त सूचनाएं मेरी व्यक्तिगत जानकारी व विश्वास के अनुसार पूर्णतः सही हैं इनमें किसी प्रकार की यदि कोई गलत
सूचनाएं पाई जाती है तो मेरे द्वारा प्रस्तुत चिकित्सा प्रतिपूर्ति की धनराशि की वापसी हेतु मैं पूर्णतः उत्तरदायी होऊंगा और मेरे
विरुद्ध विभाग अनुशासनात्मक कार्यवाही करने हेतु स्वतंत्र होगा।

दिनांक.....

स्थान.....

हस्ताक्षर.....

नाम.....

पदनाम.....

नियुक्ति इकाई.....

श्री.....पदनाम.....द्वारा प्रेषित में
दिए गये तथ्यों/विवरण से मैं पूर्णतया सहमत हूँ।

अग्रसारण अधिकारी के हस्ताक्षर.....

नाम/पदनाम.....

कार्यालय मोहर.....

दिनांक.....

टिप्पणी :- यह घोषणा पत्र सेवक/सेवानिवृत्त कार्मिक द्वारा माता पिता के सम्बन्ध में करायी गयी चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति हेतु
प्रस्तुत किये जाने वाले दावे के साथ शपथ पत्र पर देना अनिवार्य होगा।

क्र० सं०	जाँच बिन्दु		प्रपत्र संलग्न हां/नहीं	प्रपत्र सही पाये गये हां/नहीं	टिप्पणी
1	2	3	4	5	6
भाग-एक सम्बन्धित खण्ड/मण्डल/जोन/कॉरपोरेट द्वारा भरा जायेगा					
1	अधिकारी/कर्मचारी का	नाम पदनाम तैनाती स्थान			
2	रोगी का विवरण- डाक्टर/अस्पताल के ओपीडीआई भर्ती कार्ड के अनुसार	अस्पताल में भर्ती अवधि- दिनांक से तक वाह्य रोगी लम्बी बीमारी बीमारी का नाम दुर्घटना/विभागीय कार्य करते हुए/अन्यत्र आकस्मिकता पर			
3	अस्पताल जहाँ उपचार कराया गया है।	1-अस्पताल का नाम 2-राजकीय/अनुमोदित/गैर अनुमोदित			
4	रोगी जिस का उपचार कराया गया।	1- स्वयं/आश्रित 2-आश्रित की आयु 3-कार्मिक से सम्बन्ध 4- आश्रित घोषणा पत्र नोट:- माता-पिता के आश्रित होने की स्थिति में सम्बन्धित कार्मिक से संलग्न प्रपत्र-1 पर प्रमाण पत्र प्राप्त कर लिया जायें।			
5	डिस्चार्ज सर्टिफिकेट	संलग्न है/नहीं है।			
6	प्रदेश से बाहर उपचार कराने पर	1-अस्पताल का नाम व पता 2-राजकीय/प्राइवेट-अनुमोदित/गैर अनुमोदित 3-स्वेच्छा पर/सन्दर्भित करने पर 4-आकस्मिकता पर			
7	चिकित्सक द्वारा बीजकों का सत्यापन				
8	चिकित्सा बीजकों की जाँच : बीजकों की संख्या एवं धनराशि	1. शत-प्रतिशत / 75 प्रतिशत / 70 प्रतिशत / रु 10,000 तक 2. भुगतान योग्य धनराशि			
9	चिकित्सा व्यय अग्रिम स्वीकृत हुआ है	1-हाँ/नहीं 2-अग्रिम धनराशि रु.			
10	नियंत्रक अधिकारी का जाँच प्रमाण पत्र एवं संस्तुति	1- अधि०अभि०/समकक्ष 2- उपमहाप्रबन्धक 3- महाप्रबन्धक			
भाग-दो (वित्त विभाग)					
11	महाप्रबन्धक (वित्त) की संस्तुति-	उपर्युक्त चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावे की संगत नियमों के अन्तर्गत जाँच एवं निरीक्षण कर लिया गया है तदोपरान्त रु० की प्रतिपूर्ति करने हेतु संस्तुति सहित अग्रसारित किया जाता है। स० लेखाधिकारी/वरि० लेखाधिकारी महाप्रबन्धक(वित्त)			
भाग-तीन मानव संसाधन एवं प्रशासनिक अनुभाग					
12	स्वीकृति हेतु निहित वित्तीय अधिकार	1-निदेशक (मा०सं०) 2-प्रबन्ध निदेशक			

कार्यालय सहायक

कार्यालय अधीक्षक

वरिष्ठ कार्मिक अधिकारी/वरिष्ठ प्रबन्धक (मा०सं०)

अनिवार्यता प्रमाण-पत्र (एसेन्शियलिटी सर्टिफिकेट) का प्रपत्र
(वाह्य रोगी की हैसियत से उपचार के मामले में भरा जाय)

- मैं डॉ० यह प्रमाणित करता हूँ :-

- [illegible]

- अधिकृत चिकित्सक
का रबर स्टैम्प सहित हस्ताक्षर

ANNEXURE 'A'
FORM OF ESSENTIALITY CERTIFICATE
(To be completed in case of Patient Admitted to Hospital for Treatment)

1. Name of Patient
2. Name & Designation of Employee on whom dependent
.....
3. Relationship of Patient with Employee
4. Pay Scale of Employee
5. Office of Posting

I Dr. hereby certify that:-

(A) The above Patient was advised for Treatment of
.....(disease) at
..... (Hospital)
..... (name of place) on (date) on my advice/on
the advice of Dr. and has been discharged from the
Hospital on

(B) The under-mentioned medicines prescribed by me during the period of hospitalization and thereafter (upto maximum of 15 days after release from the hospital) were essential for the treatment/recovery/prevention of the serious deterioration in the condition of the patient vouchers for which have been verified. These medicines/injections do not include preparations which are of food/nutritive value and of toiletry, disinfectant and prophylactic nature:-

Sl. No.	Bill No.	Date	Amount
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Cont.....2/-

16			
17			
18			
19			
20			

General ward of this Hospital as is ordinarily provided to the inpatients of the Employee's status, for which he had been charged Rs. per day from to (date). This does not include/includes diet charges of the Patient @ Rs. per day.

(C) X-ray/Laboratory tests, etc. on which an expenditure of Rs. was incurred, were necessary and were undertaken/advice. The name at the scheduled rules of the Government Capitals/ Laboratory.

(D) The service of special nurse were essential for the recovery/prevention of serious deteriorated in the condition of the patient for the period from to (date) on which an expenditure of Rs. was incurred.

(E) The operation and/or other Hospital charges totaling Rs. have been incurred on the Treatment of the Patient.

(F) The service of Dr. were essential for specialized consultation, on which an amount of Rs. has been incurred.

(Signature of Employee)

(Signature of Authorized)