

भारतीय सांख्यिकीय संस्थान  
INDIAN STATISTICAL INSTITUTE

दिल्ली केन्द्र Delhi Centre

चिकित्सा सहायता योजना Medical Assistance Scheme

बृहत् दावा बिल Comprehensive Claim Bill

(प्रत्येक रोगी के लिए अलग फार्म प्रयोग में लाया जाए) (A separate form should be used for each Patient)

Medical  
2

1. संस्थान के कार्मिक का नाम/Name and Designation of the Institute employee  
(बड़े अक्षरों में) (रोल नं०. सहित)/(In BLOCK LETTERS) (With Roll No.)

(i) विवाहित हैं या अविवाहित whether married or unmarried.....

(ii) यदि विवाहित हैं तो पति/पत्नी कहाँ काम करते हैं. If married the place where wife/husband employed  
.....

2. कार्यालय जहाँ नियुक्त हैं/office in which employed.....

3. कार्मिक का वेतन, जैसा कि मूल नियमावली में परिभाषित है .....

तथा अन्य कोई परिलब्धियां जिन्हें अलग दिखाया जाए .....

Pay of employee as defined in the Fundamental Rules and .....

any other emoluments, which should be shown separately.....

4. कार्य का स्थान Place of duty.....

5. वास्तविक आवासीय पता Actual residential address.....

6. रोगी का नाम तथा कार्मिक से उसका संबंध.....

Name of the patient and his/her relationship to the employee.....

7. स्थान जहाँ रोगी बीमार हुआ/Place at which patient fell ill.....

8. दावा की जाने वाली राशि का विवरण/Details of the amount claimed.....

## I चिकित्सा परिचर्या/MEDICAL ATTENDANCE

(i) परामर्श की फीस निम्नलिखित दर्शाते हुए/Fees for consultation indicating

(क) परामर्श देने वाले चिकित्सा अधिकारी का नाम तथा अन्य The Name and particulars of the medical officer  
विवरण तथा किस अस्पताल या औषधालय में संलग्न है। consulted and the hospital or dispensary to  
which attached

(ख) परामर्शों की संख्या एवं तारीख तथा प्रत्येक .....

परामर्श के लिए दी गई फीस .....

The number and dates of consultations .....

and the fees paid for each consultation.....

(ग) इंजेक्शनों की संख्या तथा तारीख तथा .....

प्रत्येक इंजेक्शन के लिए दी गई फीस .....

The number and dates of Injections .....

and the fees paid for each Injection.....

(घ) क्या परामर्श या/और इंजेक्शन अस्पताल में चिकित्सा अधिकारी Whether consultation and/or injection were  
के परामर्श कक्ष में ही या रोगी के घर पर लिया गया है had at the hospital, at the consulting Room of the  
Medical Office or at the residence of the patient.

(ii) पैथोलॉजिकल, बैक्टीरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल तथा इसी प्रकार की अन्य जांचें जोकि निदान के दौरान करवाई गईं, उनका व्यय

**Charges for pathological bacteriological, radiological or other similar tests undertaken during diagnosis indicating**

- (क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहाँ पर उपरोक्त जांच करवाई गईं.....  
Name of the hospital or laboratory where the tests were undertaken.....
- (ख) क्या जांच प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की सलाह पर करवाई गई ? यदि हाँ तो इस आशय का एक प्रमाणपत्र संलग्न करें Whether the tests were undertaken on the advice of the authorised medical attendant. If so, a certificate to this effect should be attached.

(iii) रक्त, सेरा तथा विशेष उपकरणों का व्यय **Cost of Blood, Sera, Special Appliances**  
(सूची, कैश मीमो तथा आवश्यक प्रमाणपत्र संलग्न करें) (List, Cash memos and necessary certificates)

क्रम सं०. S.No.	दवाई का नाम (बड़े अक्षरों में) Name of medicine ( in BLOCK LETTERS)	मात्रा Quantity	राशि Amount रुपये Rs.   पैसे P
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

**II विशेषज्ञ के साथ परामर्श CONSULTATION WITH SPECIALIST**

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के अतिरिक्त किसी विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी को दी गई फीस

Fees paid to a specialist or a medical officer other than the Authorised medical attendant indicating

(क) जिससे परामर्श किया गया उस विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी .....  
का नाम तथा पदनाम तथा किस अस्पताल में संलग्न है .....

(a) The name and designation of the specialist or medical.....  
officer consulted and the hospital to which attached.....

(ख) परामर्शों की संख्या एवं तारीख तथा प्रत्येक परामर्श के लिए.....  
दी गई फीस (b) Number and dates of consultations.....  
and the fees charged for each consultation.....

(ग) क्या परामर्श अस्पताल में चिकित्सा अधिकारी या विशेषज्ञ (c) Whether consultation was had at the hospital,  
के परामर्श कक्ष में ही या रोगी के घर पर लिया गया है at the consulting Room of the Specialist or  
Medical Officer or at the residence of the patient.  
.....

(घ) क्या चिकित्सा अधिकारी या विशेषज्ञ से परामर्श प्राधिकृत Whether the specialist or medical officer was  
चिकित्सा परिचारक की सलाह पर लिया गया है ? consulted on the advice of the authorised medical  
यदि हाँ, तो इस आशय का एक प्रमाणपत्र संलग्न करें। attendant. If so a certificate to this effect should  
be attached.

9. दावा की गई कुल राशि Total amount claimed Rs..... रुपये

10.....को अग्रिम ली गई राशि घटाकर Less advance taken on..... Rs.....रुपये

11. दावा की गई निवल राशि Net amount claimed Rs.....रुपये



12. संलग्नकों की सूची - List of enclosures

क. अनिवार्यता प्रमाणपत्र essentiality certificate ख. .... दवा निर्धारण पर्ची/यां Prescriptions ग. नकद रसीदें/Cash memos घ. .... राशि प्राप्तियां /money receipts

संस्थान कार्मिक द्वारा दिया गया घोषणा पत्र  
DECLARATION TO BE SIGNED BY THE INSTITUTE EMPLOYEE

मैं एतद्वारा यह घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी तथा विश्वास के अनुसार सत्य हैं तथा जिस व्यक्ति के लिए यह चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूर्णतः मेरे ऊपर आश्रित है।  
I hereby declare that the statements in this 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.

कार्मिक के हस्ताक्षर Sig.of employee.....

रोल न०. Roll No.....

किस कार्यालय में कार्यरत हैं Office to which attached.....

दिनांक Date.....

(सहकारी भंडार के संबंध में घोषणा पत्र दिया जाए/देना है)  
(Declaration regarding Co-operative Stores to be given)

अनिवार्यता फार्म ESSENTIALITY FORM

श्रीमती / श्री.....पत्नी / माता / पिता / पति / बेटा श्री / श्रीमती  
.....जोकि भारतीय सांख्यिकीय संस्थान में कार्यरत हैं, को

प्रमाणपत्र दिया गया।

केन्द्र.....

इकाई.....

Certificate granted to Shri/Smt.....

wife/mother/father/husband/daughter of Sh./Smt.....

employed in the Indian Statistical Institute

Centre.....

Unit.....