

परिशिष्ट/APPENDIX-XIII

चिकित्सा दावे के लिए आवेदन प्रपत्र

Form of Application for Medical claims

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक से तथा अस्पताल में किए गए चिकित्सा परिचर्या/उपचार के लिए केन्द्रीय सरकार के कर्मचारी एवं उनके परिवार के चिकित्सा परिचर्या/ या उपचार के संबंध में किए गए चिकित्सा खर्चों की प्रतिपूर्ति के दावे के लिए आवेदन प्रपत्र ।

Form of application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance and/or treatment of central government servants and their families for medical attendance/treatment taken both from an authorized medical attendant and a hospital.

-
1. सरकारी कर्मचारी का नाम और पदनाम
(स्पष्ट अक्षरों में) :
Name & Designation of Govt. Servant (in block letters)
 - (i) विवाहित है या अविवाहित :
Whether married or unmarried
 - (ii) यदि विवाहित है तो स्थान जहाँ पत्नी/पति सेवारत है । :
If married, the place where wife/husband is employed
 2. मूल नियमावली में परिभाषित अनुसार सरकारी कर्मचारी का वेतन तथा कोई अन्य परिलब्धियाँ जिसे अलग से दर्शाया जाए। :
Pay of the Government Servant as defined in the fundamental rules & any other emoluments which should be shown separately
 3. कार्य का स्थान :
Place of duty
 4. मूल आवासीय पता :
Actual residential address
 5. रोगी का नाम एवं सरकारी कर्मचारी से उसके संबंध (बच्चों के मामले में आयु भी बताएं) :
Name of the patient & his/her relationship to the govt. servant
(In case of children state age also)
 6. स्थान, जहाँ पर रोगी बीमार हुआ :
Place at which the patient fell ill
 7. दावे की राशि का विवरण :
Details of the amount claimed

1. चिकित्सा परिचर्या / MEDICAL ATTENDANCE

- (i) परामर्श शुल्क दर्शाएँ/Fees for consultation indicating :
- (क) परामर्शी चिकित्सा अधिकारी का नाम
एवं पदनाम तथा अस्पताल या दवाखाना,
जिससे वह संबद्ध है। :
- The name and designation of the medical officer consulted & the hospital or dispensary to which attached.
- (ख) परामर्श की संख्या और तिथि एवं
प्रत्येक परामर्श के लिए भुगतान किया गया शुल्क :
- The number and dates of consultation & the fee paid for each consultation
- (ग) इंजेक्शन की संख्या और तिथि एवं प्रत्येक
इंजेक्शन के लिए भुगतान किया गया शुल्क :
- The number and dates of injection & the fee paid for each injection
- (घ) क्या परामर्श तथा/या इंजेक्शन अस्पताल में,
चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या
रोगी के आवास में लगाया गया । :
- Whether consultation and/or injections were had at the hospital, at the consulting room of the medical officer or at the residence of the patient
- (ii) रोग-निदान जाँच के दौरान किया गया
पैथोलॉजिकल या अन्य समान प्रकार के
परीक्षणों का प्रभार :
- Charges for pathological, bacteriological, radiological or other similar tests undertaken during diagnosis indicating
- (क) जाँच किए गए प्रयोगशाला/अस्पताल
का नाम, और :
- The name of the hospital or laboratory where undertaken, and
- (ख) क्या परीक्षण प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक
की सलाह पर किया गया, यदि हाँ तो
प्रमाणपत्र संलग्न करें। :
- Whether the tests were undertaken on the advice of the authorized medical attendant, if so, a certificate to that should be attached.
- (iii) बाजार से खरीदी गई दवाइयों की
लागत (नकद रसीद एवं अनिवार्यता प्रमाणपत्र
संलग्न करें) :
- Cost of medicines purchased from the market (Cash Memes & the essentiality certificarte should be attached)

II. अस्पताल उपचार/HOSPITAL TREATMENT

अस्पताल का नाम/Name of the hospital

अस्पताल उपचार का प्रभार, निम्न के लिए
अलग से प्रभार दर्शाएं :

Charges for hospital treatment, indicating
separately the charges for

(i) आवास व्यवस्था (क्या, यह सरकारी
कर्मचारी की स्थिति या वेतन के अनुसार
था, एवं जहाँ आवासीय व्यवस्था सरकारी
कर्मचारी की स्थिति से ऊपर की थी, ऐसे
मामलों में यह प्रमाणपत्र संलग्न करें कि
कर्मचारी जिस आवासीय व्यवस्था का
हकदार है, वह उपलब्ध नहीं था) :

Accommodation (state whether it was according
to the status or pay of the govt. servant & in
cases where the accommodation is higher than
the status of the govt. servant, a certificate
should be attached to the effect that the
accommodation to which he was entitled was
not available)

(ii) भोजन / Diet :

(iii) शल्य ऑपरेशन या चिकित्सा उपचार
या प्रसूति :

Surgical operation or medical treatment or
confinement

(iv) पैथोलॉजिकल, बैक्टेरियोलॉजिकल या
अन्य समान प्रकार के परीक्षण :

Pathological, Bacteriological, radiological and
other similer tests

(क) परीक्षण किए गए अस्पताल या
प्रयोगशाला का नाम; और :

The name of the hospital or laboratory at which
undertaken; and

(ख) क्या, मामलों के प्रभारी चिकित्सा
अधिकारी की सलाह पर अस्पताल में किया
गया, यदि हाँ, तो इस संबंध में प्रमाणपत्र
संलग्न करें। :

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.

(v) दवाइयों/Medicines :

(vi) विशेष दवाइयों (नकद रसीद एवं अनिवार्यता प्रमाणपत्र संलग्न करें) :
Special medicines (cash memo & essentiality certificate should be attached)

(vii) सामान्य नर्सिंग :
Ordinary nursing

(viii) विशेष नर्सिंग जैसे : रोगी के लिए विशेष रूप से लगाई गई नर्स । उल्लेख करें कि क्या उसे अस्पताल में मामले के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर लगाया गया था या सरकारी कर्मचारी/रोगी के अनुरोध पर । पहले मामले हेतु मामले के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी का प्रमाणपत्र एवं अस्पताल चिकित्सा अधीक्षक का प्रतिहस्ताक्षर संलग्न करें । :

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 govt. servant or patient. In the former case, a certificate from the Medical Officer-in-Charge of the case & countersigned by the Medical Superintendent of hospital should be attached.

(ix) एम्बुलेंस प्रभार (से तक की गई यात्रा का उल्लेख करें) :
Ambulance charges (state the journey to & from undertaken)

(x) कोई अन्य प्रभार जैसे : बिजली लाइट, पंखा, हीटर, वातानुकूलन यंत्र आदि । उल्लेख करें कि क्या उसे दी गई सुविधा, सभी रोगियों को आमतौर पर उपलब्ध कराई जाती है तथा यह रोगियों के चयन पर नहीं छोड़ी जाती है । :

Any other charges e.g. charges of electric lights, fan Heater, airconditioning 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 सरकारी कर्मचारी का उपचार उसके आवास में के.सि.से.(चिकित्सा परिचर्या) नियमावली 1944 के नियम 7 के तहत किया गया है, तो उस उपचार का विवरण दें एवं इस नियम द्वारा अपेक्षित प्रमाणपत्र संलग्न करें ।

Note: 1: If the treatment was received by the Govt. Servant at his residence under rule 7 of the CS (M.A) Rules, 1944, give particulars of such treatment & attached a certificate required by this rules.

नोट: 2: यदि उपचार सरकारी अस्पताल को छोड़कर किसी अन्य अस्पताल में हुआ है तो, आवश्यक विवरण तथा प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक का प्रमाणपत्र, जिसमें यह उल्लेख हो कि किसी भी निकटवर्ती सरकारी अस्पताल में अपेक्षित उपचार उपलब्ध नहीं था, संलग्न करें।

Note: 2: If the treatment was received at a hospital other than a Govt. Hospital, necessary details and the certificate of the authorized medical attendant that the requisite treatment was not available in any nearest Govt. Hospital should be furnished.

III. विशेषज्ञ के साथ परामर्श

विशेषज्ञ या चिकित्सा परिचारक को छोड़कर चिकित्सा अधिकारी को किया गया भुगतान शुल्क को दर्शाएँ :

Fees paid to a specialist or a medical officer other than the authorized medical attendant, indicating :

(क) परामर्श किए गए विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का नाम व पदनाम तथा संबद्ध अस्पताल का नाम । :

The name and designation of the specialist or Medical Officer consulted and the hospital to which attached.

(ख) परामर्शों की संख्या एवं तिथि तथा प्रत्येक परामर्श के लिए प्रभारित शुल्क । :

Number and date of consultation and the fees charged for each consultation.

(ग) क्या परामर्श, अस्पताल में विशेषज्ञ/चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में किया गया या रोगी के आवास में । :

Whether consultation was held at the hospital at the consulting room of the specialist of Medical Officer or at the residence of the patient, and

(घ) क्या विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी द्वारा किया गया परामर्श प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की सलाह पर किया गया तथा क्या मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का पूर्व-अनुमोदन प्राप्त किया गया था ? यदि हाँ तो, इस संबंध में प्रमाणपत्र संलग्न करें । :

Whether the specialist or Medical Officer was consulted on the advice of the Authorised Medical Attendant & the prior approval of the Chief Administrative Medical Officer of the state was obtained. If so a certificate to that effect should be attached.

8. दावा की गई कुल राशि : रु.
Total amount claimed
9. दिनांक को की गई अग्रिम की कटौती : रु.
Less advance taken on
10. दावा की गई निवल राशि : रु.
Net amount claimed
11. संलग्नों की सूची
List of enclosers

सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित घोषणापत्र
Declaration to be signed by the Govt. Servant

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि आवेदन पत्र में दिए गए ब्यौरे मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य हैं तथा जिस व्यक्ति के संबंध में चिकित्सा व्यय किया गया है, वह पूर्णतः मेरे ऊपर आश्रित है ।

I hereby declare that the statements in the application are true to the best of my knowledge and belief and the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me.

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर
एवं संबद्ध कार्यालय का नाम
**Signature of the Govt. Servant and
office to which attached**

.....
.....
.....

दिनांक/Dated :

परिशिष्ट-XIV/APPENDIX-XIV

अनिवार्यता प्रमाणपत्र-ए / ESSENTIALITY CERTIFICATES-A

(उपचार के लिए अस्पताल में भर्ती न होने वाले रोगियों के मामले में भरा जाए)
(To be completed in the case of patients who are not admitted to hospital for treatment)

..... में सेवारत श्रीमती/श्री/कुमारी
पत्नी/पुत्र/ पुत्री/ श्री/श्रीमती को प्रमाणपत्र प्रदान
किया जाता है ।

Certificate granted to Mrs./Mr./Miss.
..... wife/son/daughter of Mr.
..... employed in the

मैं, डॉ. एतद्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ -
I, Dr. hereby certify -

(क) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष/रोगी के आवास में दिनांक को
..... परामर्श के लिए प्रभार के रूप में रु. प्राप्त
किया।

(a) that I charged and received Rs..... for
..... consultation on
(dates to be given) at my consulting room/at the residence of the patient;

(ख) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष/रोगी के आवास में दिनांक को
अंतःशिरा, अंतःमांसपेशी/अधस्त्वचा में इंजेक्शन प्रवेश कराने हेतु प्रभार के रूप में
रु. प्राप्त किया ।

(b) that I charged and received Rs. for administering
..... Intravenous/intra-muscular/subcutaneous
injection on (dates to be given at
..... my consulting room/the residence of the patient;

(ग) कि लगाया गया इंजेक्शन प्रतिरोधी या रोग निरोधी उद्देश्य के लिए था/नहीं था ।
(c) that the injections administered were not/were for immunizing or prophylactic
purposes;

(घ) कि रोगी का अस्पताल में मेरे परामर्श
कक्ष में उपचार किया गया तथा इस संबंध में मेरे द्वारा बताई गई निम्नलिखित
दवाएँ रोगी की स्थिति को बिगड़ने से रोकने/उसे ठीक करने के लिए अनिवार्य
था। निजी रोगियों को आपूर्ति करने के लिए
(अस्पताल का नाम) में दवाइयों का स्टॉक नहीं था तथा स्वयं तैयार किया गया
जिसके लिए समान चिकित्सीय महत्व का सस्ता विकल्प उपलब्ध है और न ही
इसमें भोजन, प्रसाधन या रोगाणुनाशक शामिल है ।

(d) that the patient has been under treatment at hospital/my
consulting room and that the undermentioned medicines 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 hospital) for supply to private patients and do not
include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic
value are available nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants.

दवाइयों के नाम/Names of medicines	कीमत/Price
1.	रु.
2.	रु.
3.	रु.
4.	रु.
5.	रु.
6.	रु.

(ड.) कि रोगी से पीड़ित है/था एवं
... से तक मेरे द्वारा उपचार ले रहा है/था।

(e) that the patient is/was suffering from
and is/was under my treatment from to

(च) कि रोगी को प्रसव पूर्व, प्रसवोत्तर उपचार नहीं दिया गया है/था ।

(f) that the patient is/was not given pre-natal or post-natal treatment;

(छ) कि एक्सरे, प्रयोगशाला परीक्षण जिसके लिए रु. खर्च
किया गया, अनिवार्य था तथा (अस्पताल
या प्रयोगशाला का नाम) में मेरे परामर्श पर किया गया ।

(g) that the X-ray, laboratory test, etc., for which an expenditure of Rs.
..... was incurred was necessary and were undertaken on my advice
at (name of the hospital or laboratory);

(ज) कि मैंने रोगी को डॉ. के पास विशेषज्ञ
परामर्श के लिए भेजा तथा नियमों के तहत यथा अपेक्षित
..... (राज्य के प्रशासनिक अधिकारी का नाम)
का आवश्यक अनुमोदन प्राप्त कर लिया था ।

(h) that I referred the patient to Dr. for Specialist
consultation and that the necessary approval of the
(name of the Chief Administrative Officer to the State) as required under the rules was
obtained;

(झ) कि रोगी को अस्पताल में भर्ती करना आवश्यक था/नहीं था ।

(i) that the patient did not require/required hospitalization.

दिनांक/Date:

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक/चिकित्सा अधिकारी
का हस्ताक्षर एवं पदनाम तथा अस्पताल/औषधालय
जिससे संबंध है

Signature of AMA/Designation of the
Medical Officer and hospital/dispensary
To which attached

ध्यान दें: जो प्रमाण पत्र लागू नहीं है उसे हटा दे, सभी मामलों में प्रमाणपत्र(ई) अनिवार्य है तथा उसे चिकित्सा अधिकारी द्वारा अवश्य भरा जाना चाहिए।

N.B. : Certificates not applicable should be struck off. Certificate (e) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.

टीप 1 : ऐसे मामलों में जहाँ प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक द्वारा रात्रि दौरा रात्रि 10.00 बजे से सुबह 6.00 बजे तक) के लिए परामर्श शुल्क दोगुना की दर से लिया जाता है, वहाँ प्रा.चि.प. को प्रमाणपत्र में यह दर्शाते हुए प्रस्तुत करना होगा कि रात्रि दौरा क्यों अनिवार्य था।

(भारत सरकार, स्वास्थ्य मंत्रालय के दिनांक 04.04.1962 के का.ज्ञा. सं. एफ 28-57/60-एच.आई)

Note 1 : In cases where double the rates of consultation fees are charged by the AMA for night visits (between 10 pm. and 6 am), the AMA should furnish a certificate showing why the night consultation was necessary.
[G.I., M.H., O.M. No. F. 28-57/60-H.I., dated the 4th April, 1962.]

टीप 2 : चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्राप्त उपरोक्त प्रमाणपत्र को भुगतान के लिए नियमित रसीद माना जाए, जिसके लिए अनिवार्यता प्रमाणपत्र के ऊपर स्वतः राजस्व स्टाम्प लगाना होगा । यदि भुगतान ₹. 20/- से अधिक हो, उनके साथ जिन्होंने अनिवार्यता प्रमाणपत्र में हस्ताक्षर न किए हो, परामर्श हेतु विशेषज्ञों से अलग रसीद (जहाँ अनिवार्य हो, स्टाम्प लगाएं) अनिवार्य होगा ।
(भारत सरकार, स्वास्थ्य मंत्रालय के दिनांक 30.01.1961 के का.ज्ञा. सं. एन. सी. एफ. 28/8/60-एच.)

Note 2 : The above certificate may be deemed to be regular receipts for the payments received by the Medical Officers, who will be required to affix a revenue stamp on the Essentiality Certificate itself when the payment exceeds Rs.20/-. Separate receipts (stamped where necessary) would however be necessary from the Specialists for consultation with them, who do not sign the Essentiality Certificates.
[G.I., M.H., O.M. No. F. 28-8/60-H.I., dated the 30th January, 1961]

टीप 3 : जहाँ पर सरकारी अस्पतालों द्वारा जारी रसीद प्राधिकृत प्रपत्र (मुद्रित एवं संख्यांकित) में है, तथा इन रसीदों की राशि अनिवार्यता प्रमाणपत्र में सम्मिलित किया गया है, ऐसे रसीदों में प्रतिहस्ताक्षर के लिए आग्रह करने की आवश्यकता नहीं है।

Note 3 : Where the receipts issued by the Government hospitals are on authorized forms (printed and numbered) and the amount of these receipts is incorporated in the body of the Essentiality Certificate, countersignature of such receipts need not be insisted upon.
[G.I., M.F., O.M. No. F. 61 (1) – E. V/60, dated the 29th February, 1960]

प्रमाणपत्र 'बी'/CERTIFICATE 'B'

(उपचार के लिए अस्पताल में भर्ती होने वाले रोगियों के मामले में भरा जाए)
(To be completed in the case of patients who are admitted to hospital for treatment)

.....में कार्यरत श्रीमती/कुमारी/श्री
....., पुत्र/पुत्री श्री/श्रीमती
को प्रमाणपत्र प्रदान किया जाता है ।
Certificate granted to Mrs./Mr./Miss
wife/son/daughter of Mr. employed in
the

भाग 'क'/PART-B

मैं, डा. एतद्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ -
I, Dr. hereby certify -

- (क) कि रोगी मेरे परामर्श पर (चिकित्सा अधिकारी का नाम) के परामर्श पर अस्पताल में भर्ती हुआ ।
(a) that the patient was admitted to hospital on the advice of (name of the Medical Officer)/on my advice;
- (ख) कि रोगी का उपचार अस्पताल में किया गया तथा इस संबंध में मेरे द्वारा बताई गई निम्नलिखित दवाएँ रोगी की स्थिति को बिगड़ने से रोकने/उसे ठीक करने के लिए अनिवार्य थी। निजी रोगियों को आपूर्ति करने के लिए(अस्पताल का नाम) में दवाइयों का स्टॉक नहीं था तथा न ही स्वयं तैयार की गई जिसके लिए समान चिकित्सीय महत्व का सस्ता विकल्प उपलब्ध है और न ही इसमें भोजन, प्रसाधन या रोगाणुनाशक शामिल है ।
(b) that the patient has been under treatment at and that the undermentioned medicines 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 patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants;

दवाइयों के नाम/Names of medicines	कीमत/Price
1.	₹.
2.	₹.
3.	₹.
4.	₹.
5.	₹.
6.	₹.

- (ग) कि लगाया गया इंजेक्शन प्रतिरोधी या रोग निरोधी उद्देश्य के लिए था/नहीं था।
(c) that the injections administered were/were not for immunizing or prophylactic purposes;

- (घ) कि रोगी से पीड़ित है/था एवंसे
..... तक मेरे द्वारा उपचार ले रहा है/था ।
- (d) that the patient is/was suffering from and
is/was under treatment from to
.....;
- (ड.) कि एक्सरे, प्रयोगशाला परीक्षण जिसके लिए ₹. खर्च की गई, अनिवार्य था
तथा (अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम) में मेरे
परामर्श पर किया गया ।
- (e) that the x-ray, laboratory tests, etc., for which an expenditure of Rs.
..... was incurred were necessary and were undertaken on my advice
at (name of hospital or laboratory);
- (च) कि मैंने रोगी को डा० के पास विशेषज्ञ परामर्श के
लिए भेजा तथा नियमों के तहत यथा अपेक्षित
..... (राज्य के प्रशासनिक अधिकारी का नाम) का आवश्यक अनुमोदन प्राप्त कर
लिया था ।
- (f) that I called on Dr. for specialist
consultant and that the necessary approval of the
(Name of the Chief Administrative Medical Officer of the State) as required under the
rules, was obtained.

अस्पताल में मामले के चिकित्सा प्रभारी
अधिकारी के हस्ताक्षर एवं पदनाम

**Signature and Designation of the Medical
Officer in charge of the case at the hospital**

भाग-‘ख’/PART-‘B’

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी का अस्पताल में उपचार हुआ तथा विशेषज्ञ परिचारिका की सेवा जिसके लिए रु..... खर्च किया गया (बिल एवं रसीद संलग्न है) रोगी की स्थिति को बिगड़ने से रोकने/उसे ठीक करने के लिए अनिवार्य था ।

I certify that the patient has been under treatment at the hospital and that the service of the 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 चिकित्सा
अधिकारी के हस्ताक्षर एवं पदनाम

**Signature and Designation of the Medical Officer
in charge of the case at the hospital**

प्रतिहस्ताक्षर/COUNTERSIGNED

चिकित्सा अधीक्षक/Medical Superintendent

..... अस्पताल मैं यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि रोगी का अस्पताल में उपचार हुआ तथा उपलब्ध कराई गई सुविधाएँ न्यूनतम थी, जो कि रोगी के उपचार के लिए अनिवार्य था ।

I certify that the patient has been under treatment at the hospital and that the facilities provided were the minimum which were essential for the patient's treatment.

स्थान/Place :

दिनांक/Date

चिकित्सा अधीक्षक/Medical Superintendent

.....(अस्पताल/Hospital)

टीप : जो प्रमाण पत्र लागू नहीं है उसे हटा दे, सभी मामलों में प्रमाणपत्र(डी) अनिवार्य है तथा उसे चिकित्सा अधिकारी द्वारा अवश्य भरा जाना चाहिए ।

न्यूनतम सुविधाओं से संबंधित प्रमाणपत्र, संबंधित अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक या अन्य राजपत्रित चिकित्सा अधिकारी, जिसे चिकित्सा अधीक्षक की ओर से इसके लिए प्राधिकृत किया गया है, द्वारा हस्ताक्षर किया जाए ।

(भारत सरकार, स्वास्थ्य मंत्रालय के दिनांक 19.09.1958 के का.ज्ञा. सं. एफ 2-35/52-एल.एस.जी. एच.आई)

Note : Certificates not applicable should be struck off. Certificate (d) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.

*The 'minimum facilities certificate' may be signed either by the Medical Superintendent of the Hospital concerned or another Gazetted Medical Officer who has been authorized in this behalf by the Medical Superintendent.

[G.I., M.H., O.M. No. F. 2-35/52-LSG (H.I.), dated the 19th September, 1958]

आपातकाल प्रमाणपत्र/EMERGENCY CERTIFICATE

मै डॉ. एतद्वारा यह प्रमाणित करता हूँ
कि में कार्यरत श्री/श्रीमती
..... की पत्नी/पुत्री
को की समस्या होने की रिपोर्ट की गई।

प्रमाणित किया जाता है कि मरीज की जाँच के बाद यह पाया गया कि वह
..... से पीड़ित है और उनकी जान बचाने के
लिए आपातकालीन चिकित्सा करना अनिवार्य था।

डॉक्टर के हस्ताक्षर

I, Dr. hereby certify that Shri/Smti.
..... W/o / D/o
employed in the reported for
..... problem.

That the patient was found after investigation was suffering from
..... That the treatment of patient was very emergency and
essential for her/his life.

Doctor's Signature

उम्मीदवारों का ब्यौरा एवं घोषणा

CANDIDATE STATEMENT AND DECLARATION

उम्मीदवारों को स्वास्थ्य परीक्षा से पहले निम्न अपेक्षित ब्यौरा देना होगा तथा नीचे दिए गए नोट में अनुलग्न घोषणा हस्ताक्षर मरना होगा ।

The Candidate must make the statement required below prior to medical examination and must sign the declaration appended in the note below :

1. अपना पूरा नाम बताएँ (स्पष्ट अक्षरों में) :
State your name in full (In Block Letter)
2. अपना आयु एवं जन्म स्थान बताएँ
State your age & place of birth
 - क) क्या आपको पहले कभी चेचक, रूक-रूक कर आने वाली कोई अन्य बुखार, ग्रन्थि में पीप भरना, दमा में खून का थूक आना, हृदय रोग, फेफड़ों का रोग, काम करने पर मुर्छित होना, गठिया या एपेन्डिसाइटिस हुआ है ?
 - a) Have you ever had small pox, intermittent of any other fever, enlargement of suppuration of glands, spitting of blood asthma, heart disease, lung disease, fainting at act, rheumatic appendicitis ?
 - ख) कोई अन्य रोग या दुर्घटना, जिसमें आपको भर्ती होना पड़ा हो तथा शल्य चिकित्सा उपचार लेना पड़ा हो ?
 - b) Any other disease or accident requiring confinement to bed and medical surgical treatment ?
3. क्या आप या आप के किसी नजदीक के संबंधी कंठमाला रोग, गठिया, दमा, फिट, पागलपन या मिरगी से प्रभावित ?
Have you or any of your near relation been efficyed, with consumption, scrofula, gout asthma, fits epilepay of insanity ?
4. आपने पिछला टीका कब लगाया है ?
When you were last vaccinated ?
5. क्या आप अधिक काम या किसी अन्य कारण से चिंता/भय के किसी भी रूप से पीड़ित हुए हो ?
Have you suffered from any form of nervousness due to over work of any other cause ?
6. क्या पिछले 3 वर्षों में सरकारी नौकरी के लिए चिकित्सा अधिकारी/चिकित्सा बोर्ड द्वारा आपकी परीक्षा की गई और अयोग्य घोषित की गई है ?
Have you been examined and declared unfit for Govt. services by a Medical Officer/Medical Board, within the last 3 years ?

7. आपके परिवार के संबंध में निम्नलिखित तथ्य प्रस्तुत करें :-

Furnish the following particular concerning to your family :-

पिता की आयु यदि जीवित है तो तथा स्वास्थ्य की स्थिति Fathers age if living and state of health	मृत्यु के समय पिता की आयु तथा मृत्यु का कारण Fathers age at death & cause of death	जीवित भाईयों की संख्या, उनकी आयु तथा स्वास्थ्य की स्थिति No. of brothers living their age and state of health	मृत भाईयों की संख्या, मृत्यु के समय उनकी आयु No. of brothers, death, their ages of death	माता की आयु, यदि जीवित है तो तथा स्वास्थ्य की स्थिति Mothers age of living and state of health	मृत्यु के समय माता की आयु, तथा मृत्यु का कारण Mothers age at death and cause of death	जीवित बहनों की संख्या, उनकी आयु तथा स्वास्थ्य की स्थिति No. of sisters living their age and state of health	मृत बहनों की संख्या, मृत्यु के समय उनकी आयु No. of sisters death their ages of death

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि उपरोक्त सभी उत्तर मेरे अधिकतम विश्वास के अनुसार सत्य और सही है ।
I declare all the above answer to be to the best of my belief true and correct.

मैं निष्ठापूर्वक भी कहता हूँ कि मुझे मेरे बीमारी या अन्य स्थिति के संबंध में विकलांगता प्रमाणपत्र/पेंशन प्राप्त नहीं हुआ है ।

I also solemnly affirm and I have not received disability certificate/pension on account; of my disease of their condition.

मेरी उपस्थिति में हस्ताक्षर किया
Signed in my presence

उम्मीद्वार का हस्ताक्षर
Candidate signature

चिकित्सा अधिकारी का हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer

नोट : उम्मीद्वार यदि उपरोक्त ब्यौरे में दिए गए किसी भी सूचना को जानबूझकर छुपाता है, तो उसकी नियुक्ति समाप्त हो सकती है, तथा यदि नियुक्ति हो जाती है तो उसके सेवानिवृत्ति भत्ते संबंधी सभी दावों को जब्त कर ली जाएगी ।

NOTE : The candidate will be held responsible for the the above statement by willfully suppressing and information she will incur the risk of losing the appointment, and if appointed of forfeiting all claim to superannuation allow.