

चिकित्सीय उपचार संबंधी अग्रिम के लिए आवेदन
APPLICATION FOR ADVANCE FOR MEDICAL TREATMENT

1.	नाम Name	
2.	पदनाम व कार्यालय जहाँ कार्यरत हैं Designation and office in which working	
3.	मूल वेतन + एन पी ए + एस आई Basic pay + NPA + SI	
4.	स्थायी अथवा अस्थायी Whether permanent or temporary	
5.	रोगी का नाम तथा सरकारी कर्मचारी के साथ उसका संबंध Name of the patient and relationship with the Government servant	
6.	अस्वस्थता की प्रकृति / Nature of illness	
7.	उपचार कैसे ली गई - अंतरंग रोगी (भर्ती होकर) के रूप में अथवा बाह्य रोगी के रूप में Whether treatment is received as In-patient or Out-patient	
8.	अस्पताल का नाम जहाँ रोगी इलाज लेता / लेती है और क्या यह अस्पताल मान्यता-प्राप्त है। Name of the Hospital in which patient is treated and whether it is a recognized one.	
9.	क्या मान्यता-प्राप्त अस्पताल के चिकित्सा अधिकारी या विशेषज्ञ से आवश्यक प्रमाण-पत्र संलग्न किया गया है। Whether necessary certificate from the Medical Officer or Specialist of the recognized hospital is enclosed.	
10.	चिकित्सा अधिकारी / विशेषज्ञ द्वारा यथा- प्रमाणित उपचार की प्रत्याशित लागत Anticipated cost of treatment as certified by the Medical Officer / Specialist.	
11.	अपेक्षित अग्रिम राशि Amount of advance required	

मैं घोषित करता / करती हूँ कि ऊपर दिए गए विवरण सही हैं।

I declare that the particulars furnished above are correct.

स्थान / Station:

तारीख / Date :

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर

Signature of the Government servant