

चिकित्सा उपचार अग्रिम हेतु आवेदन
APPLICATION FOR ADVANCE FOR MEDICAL TREATMENT

1.	नाम Name	
2.	पदनाम और कार्यालय जिसमें कार्यरत हैं। Designation and Office in which working.	
3.	मूल वेतन + एनपीए + एसआई Basic Pay + NPA + SI	
4.	स्थायी अथवा अस्थायी Whether permanent or temporary.	
5.	रोगी का नाम और सरकारी कर्मी के साथ संबंध। Name of the patient and relationship with the Government Servant	
6.	बीमारी की प्रकृति। Nature of illness.	
7.	उपचार आंतरिक रोगी के रूप में प्राप्त किया गया है या बाह्य रोगी के रूप में। Whether treatment is received as Inpatient or Out-patient	
8.	अस्पताल का नाम जिसमें रोगी का उपचार किया गया है और क्या यह मान्यता प्राप्त है। Name of the Hospital in which patient is treated and whether it is a recognised one.	
9.	क्या मान्यता प्राप्त अस्पताल के चिकित्सा अधिकारी या विशेषज्ञ से प्राप्त आवश्यक प्रमाण पत्र संलग्न है। Whether necessary certificate from the Medical Officer or Specialist of the recognised hospital is enclosed.	
10.	चिकित्सा अधिकारी/विशेषज्ञ द्वारा प्रमाणित उपचार की अनुमानित लागत। Anticipated cost of treatment as certified by the Medical Officer/Specialist.	
11.	अपेक्षित अग्रिम राशि। Amount of advance required.	

मैं घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि ऊपर दिए गए विवरण सत्य हैं।

I declare that the particulars furnished above are correct.

स्थान :

Station:

दिनांक :

Date:

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर

Signature of the Government Servant