

OFFICE OF THE PRINCIPAL ACCOUTANT GENERAL(AU-II) KERALA,
THIRUVANANTHAPURAM

PROFORMA FOR CGHS

1. Name of the Government Servant :
2. Employee ID No. :
3. Designation :
4. Residential address :

5. Whether contributing / already contributed:

6. Whether opting out / already opted out of
the scheme and reasons thereof :

SIGNATURE WITH DATE

AG(II)/Entt

Dated

To,

AAO/Bills for effecting recovery for CGHS from the salary of _____

Sr. Audit Officer/Entt.

केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना
CENTRAL GOVERNMENT HEALTH SCHEME
चिकित्सा दावों की प्रतिपूर्ति फार्म
MEDICAL REIMBURSEMENT CLAIM FORM
(मुख्य कार्ड धारक द्वारा बड़े अक्षरों में भरा जाए)
(TO be filled up by Principal Card holder in BLOCK LETTER)

1. (क) मुख्य सी जी एच एस कार्ड धारक का नाम, पदनाम
Name of the Principal CGHS Card Holder/Desgn.
- (ख) सी जी एच एस लाभ भोगी आई डी नं.
CGHS Ben ID No.
- (ग) कर्मचारी कोड नं.
Employee Code No.
- (घ) वार्ड हकदारी - निजी/ अर्ध निजी / सामान्य
Ward Entitlement - Pvt./ Semi - Pvt./ General
- (च) पूरा पता
Full Address
- (छ) मोबाइल नं. एवं ई-मेल पता, यदि कोई हो
Mobile/ Telephone No. and e-mail address, if any
2. (क) रोगी का नाम
Patient's Name
- (ख) रोगी की सी जी एच एस लाभभोगी आई डी नं.
Patient's CGHS Ben ID No.
- (ग) सी जी एच एस मुख्य कार्ड धारक के साथ रोगी का सम्बन्ध
Relationship with the Principal CGHS card holder
3. जहां चिकित्सा या जांच करवाई उस अस्पताल/
डाईग्नोस्टिक सेन्टर / इमेजिंग सेन्टर का नाम व पता
Name & address of the hospital / diagnostic center/
imaging center/where treatment is taken or test done
4. क्या अस्पताल डाईग्नोस्टिक सेन्टर / इमेजिंग सेन्टर
सी जी एच एस के तहत सूचीबद्ध है
Whether the hospital/ diagnostic/ imaging center
is empaneled under CGHS
5. चिकित्सा जिसके लिए प्रतिपूर्ति का दावा किया गया
Treatment for which reimbursement claimed

हाँ / नहीं
Yes /No

(क) ओ पी डी चिकित्सा/ जांच व परिक्षण
OPD Treatment / Test & investigation

(ख) इन्डोर चिकित्सा
Indoor Treatment

6. क्या चिकित्सा आपातकाल में लिया गया था
Whether treatment was taken in emergency हाँ / नहीं
Yes /No
7. क्या चिकित्सा के लिए पूर्व अनुमति ली गई थी
Whether prior permission was taken for the treatment हाँ / नहीं
Yes /No
8. क्या कोई स्वास्थ्य / चिकित्सा बीमा योजना से जुड़े हैं, यदि हाँ,
तो दावा की गई प्राप्त राशि
Whether subscribing to any health /medical insurance
scheme, if yes, amount claimed / received हाँ / नहीं
Yes /No
9. लिए गए चिकित्सा अग्रिम का विवरण, यदि कोई है,
Details of Medical Advance taken, if any
10. दावों की गई कुल राशि
Total amount claimed

(क) ओ पी डी चिकित्सा
OPD Treatment

(ख) इन्डोर चिकित्सा
Indoor Treatment

(ग) जांच व परिक्षण
Test & investigation

बैंक का नाम बचत खाता सं.
Name of the Bank..... SB A/c. No.
शाखा एम आई सी आर कोड.....आई एफ सी कोड.....
Branch MICR code IFSC Code

घोषणा/DECLARATION

मैं यह घोषणा करता हूँ कि मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार आवेदन में दिए गए सभी कथन सत्य हैं और जिस व्यक्ति हेतु चिकित्सा खर्च उठाया गया है वह पूरी तरह से मेरे पर आश्रित है। मैं एक सी जी एच एस लाभ रोगी हूँ और सी जी एच एस कार्ड चिकित्सा के समय वैध था। मैं नियमों के तहत प्रतिपूर्ति, जैसे स्वीकार्य है, हेतु सहमत हूँ।

I hereby declare that the statements made in the application are true to the best of my knowledge and belief and the person for whom medical expenses were incurred is wholly depended on me. I am CGHS beneficiary and the CGHS card was valid at the time of treatment. I agree for the reimbursement as is admissible under the rules.

दिनांक/Date.....

स्थान/Place.....

Signature of the Principal CGHS card holder
मुख्य सी जी एच एस कार्ड धारक का हस्ताक्षर

संलग्न किए जाने हेतु दस्तावेज / Documents to be attached

1. कर्मचारी के सी जी एच एस कार्ड की प्रति के साथ का सी जी एच एस कार्ड
Photocopy of the cards of the employee along with the patient's CGHS card.
2. अनुमति पत्र की प्रति, यदि कोई हो।
Copy of permission letter, if any
3. आपात प्रमाण पत्र (मूल), आपात की स्थिति में
Emergency certificate (original), in case of emergency.
4. रिहाई संक्षिप्त की प्राप्ति।
Copy of the discharge summary.
5. एम्बुलेंस प्रमाण पत्र (मूल), यदि कोई हो।
Ambulance Certificate (original), if any
6. प्रतिपूर्ती राशि के दावों हेतु मूल बिल/ कैश मेमो/ वाउचर आदि
Original bills/ cash memo/vouchers etc. for the reimbursement amount claimed

महत्वपूर्ण / IMPORTANT

कृपया जहां निम्नलिखित सूचना / दस्तावेज लागू हो प्रस्तुत किए जाए।

Kindly ensure to provide the following information/documents, wherever applicable

- (क) अस्पताल / डायग्नोस्टिक सेन्टर/ इमेजिंग सेन्टर (एक्स रे फिल्मस, जांचो की निश्चित संख्या और व्यक्तिगत जांच की दर एवं विवरण आदि) से जांच के ब्रेक अप ब्यौरा प्राप्त करे चूँकि प्रतिपूर्ति योग्य राशि की प्रति जांच के लिए अनुमोदित सी जी एच एस दरों के अनुसार परिकलित किया जाना है।
Obtain Break up of investigation from the hospital/ diagnostic center/imaging center (details and rates of individual tests and the exact number of tests, X-ray films, etc.) as the reimbursable amount is calculated as per approved CGHS rates per test
- (ख) मूल पेपरों के खोने की स्थिति में, संलग्नक I के अनुसार शपथ पत्र प्रस्तुत किया जाना है।
बिलों की सभी प्रतियों को चिकित्सा कर रहे डॉक्टर / विशेषज्ञ से सत्यापित करवायें।
In case of loss of original papers, Affidavits as per Annexure I to be submitted.
All photocopies of the bills to be attached by the treating doctor/specialist.
- (ग) कार्ड धारक की मृत्यु की स्थिति में, संलग्नक II के अनुसार शपथ पत्र भरें एवं प्रतिपूर्ती दावों के साथ संलग्न किया जाना है।
In case of death of the card holder, Affidavits as per Annexure II to be filled and attached to claim reimbursement.
- (घ) इंप्लेंट की स्थिति में, इंप्लेंट की क्रम संख्या के साथ स्टिकर को बीजक संख्या के साथ संलग्न किया जाना है।
In case of implants, Invoice No. along with sticker with serial number of the implant to be attached

(ड) कॉरोनरी स्टैन्ट्स की स्थिति में, स्टैन्ट्स का आउटर पाउच को संलग्न किया जाना है ।
In case of Coronary Stents, outer pouch of stents is to be enclosed.

(च) पेसमेकर /आई सी डी आदि को बदलने की स्थिति में, पहले वाले पेसमेकर / आई सी डी के वारंटी प्रमाण पत्र की प्रति को संलग्न किया जाना है ।
In case of Coronary Stents, outer pouch of stents is to be enclosed.

नोट: सी जी एच एस सुविधा का दुरुपयोग एक दंडनीय अपराध है। गलत विवरण प्रस्तुत करना या तथ्यों को जानबूझकर छुपाने की स्थिति में सी जी एच एस कार्ड रद्द करने सहित दंडिक कार्रवाई भी की जा सकती है। सेवारत कर्मचारी के मामले में उचित अनुशासनिक कार्रवाई की जाएगी।

Note : Misuse of CGHS facilities is a criminal offence. Penal action including cancellation of CGHS card may be taken in case of willful suppression of facts or submission of false statements. suitable disciplinary action shall be taken in case of serving employees.

प्रमाण पत्र (ख)
Certificate 'B'

(उन रोगियों के मामले में भरा जाय जिन्हें इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती किया गया हो)
(To be completed in the case of patients who are admitted to hospital for treatment)

_____ में नियुक्त श्रीमती/श्री/
कुमारी _____ पत्नी/पुत्र/पुत्री श्री _____

को दिया गया प्रमाण-पत्र ।

Certificate granted to Mrs./Mr./Miss.....

wife/son/daughter of Mr.....employed in the.....

भाग (क)
PART 'A'

(अस्पताल में रोगी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी द्वारा हस्ताक्षर किए जाए)
(To be signed by the Medical officer-in-charge of the case at the hospital)

मैं, डॉ. _____ इसके द्वारा प्रमाणित करता हूँ

I, Dr..... hereby certify :-

(क) कि रोगी को मेरे परामर्श _____ के परामर्श से अस्पताल में भर्ती किया गया था

(चिकित्सा अधिकारी का नाम)

(a) That the patient was admitted to hospital on my advice of

(Name of Medical Officer)

(ख) कि रोगी इलाज के लिए _____ में

रहा है और कि इस संबंध में दी गयी निम्नलिखित औषधें रोगी की हालत में सुधार लाने के लिए/गंभीर रूप से खराब होने से रोकने के लिए अनिवार्य थीं, ये औषधें _____ अस्पताल में प्राइवेट रोगियों को देने के लिए

(अस्पताल का नाम)

स्टाक नहीं की जाती और उसमें ये पट्टे (एकायत) योग शामिल नहीं है जिनके लिए समान चिकित्सा मान के सस्ते द्रव्य उपलब्ध है । न ही वे योग जो मुलत खाद्य, शुगार सामग्री अथवा नि संक्रामक 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 for

(name of the hospital)

supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substance of equal therapeutic value are available nor preparations which are primarily food, toilets or disinfectants.

औषधियों का नाम Name of Medicines	कीमत Price	औषधियों का नाम Name of Medicines	कीमत Price
1		7.	
2		8.	
3		9.	
4		10.	
5		11.	
6		12.	

(ग) कि दिए गए इंजेक्शन रोगक्षमता या रोग-निरोध के लिए थे/नहीं थे ।

(c) That the injections administered were/were not for Immunising or prophylactic purposes.

(घ) कि रोगी _____ से पीड़ित है/था और _____ से _____ तक मेरे इलाज में है/था ।

(d) That the patient is/was suffering from.....and is/was under my treatment from..... to

(इ) कि जिन एक्सरे, प्रयोग शाला जांच आदि के लिए _____ रूप खर्च किए गए थे वे आवश्यक थे और वे मेरी सलाह से _____ में किए गए थे ।

(अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम)

(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 the hospital or laboratory)

(च) कि मैंने रोगी को विशेष परामर्श के लिए डॉ. _____ के पास भेजा था और _____ का नियमों के अनुसार यथापेक्षित

(राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम)

आवश्यक अनुमोदन प्राप्त कर लिया गया था ।

(f) That I referred the patient to Dr.....for specialist consultation 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 रोगी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के
हस्ताक्षर और 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 इलाज के लिए _____ अस्पताल में रहा है और कि विशेष
परिचारिकाओं की जिन सेवाओं के लिए _____ रुपये खर्च दिए गए थे,
देखिए संलग्न बिल तथा रसीदें, वे रोगी की हालत को ठीक करने/गंभीर रूप से खराब होने से रोकने के लिए अनिवार्य थी।

I certify that the patient has been under treatment at the

Hospital and that the services 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 रोगी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of the Medical Officer-in-Charge of the
case at the hospital

प्रतिहस्ताक्षरित
COUNTERSIGNED

.....
चिकित्सा अधीक्षक/Medical superintendent

.....
अस्पताल/ Hospital

मैं प्रमाणित करता हूँ कि इलाज के लिए _____ अस्पताल में रहा हूँ और कि उसे
जो सुविधाएं दी गईं वे रोगी के इलाज के लिए अनिवार्य न्यूनतम सुविधाएं थी।

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.....

.....
चिकित्सा अधीक्षक
Medical Superintendent

तारीख/Date.....

.....
अस्पताल/Hospital

विशेष ध्यान दें : - जो प्रमाण-पत्र लागू न हों वे काट दिए जाने चाहिए। प्रमाण-पत्र (घ) अनिवार्य है और वह सभी मामलों में चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा
जाना चाहिए।

N.B.: - Certificates not applicable should be struck off. Certificate 'D' is compulsory and must be filled in by
Medical Officer in all cases.

प्रधान महालेखाकार (आ.एवं रा. क्षे.ले.प.) का कार्यालय, केरल,
तिरुवनन्तपुरम

OFFICE OF THE PRINCIPAL ACCOUNTANT GENERAL (AUDIT-II),
KERALA, THIRUVANANTHAPURAM

नोट-हर रोगी के लिए अलग - अलग फार्म का प्रयोग करना चाहिए। फार्म साफ-साफ और स्पष्ट अक्षरों में चाहिए

NB: Separate form should be used for each patient, The form should be filled in nearly and legibly.

1. (क) सरकारी कर्मचारी का नाम और पदनाम तथा जिस अनुभाग में वह काम कर रहा है/रही है और कर्मचारी का वेतन।
 - (a) Name of the Govt. Servant together with designation and section in which he/she is working and pay drawn.
- (ख) विवाहित है या नहीं यदि वह विवाहित है तो क्या उसकी पत्नी/उसका पती नौकरी कर रहा/रही है। यदि हां तो कार्यालय का नाम।
 - (b) Whether married or not, if married whether wife/husband is employed and the office of employment.
- (ग) जिस जगह पर रोगी बीमार हुआ, वहां से निकटतम सहकारी मेडिकल स्टोर अथवा सरकारी मेडिकल स्टोर आदि की दूरी।
 - (c) Distance from the place where the patient fell ill to the nearest Co-operative Medical Store or Govt. Medical Store etc.
2. रोगी के आवास का पता और उस स्थान का नाम जहां वह बीमार हुआ।

Residential address and the place at which the patient fell ill.
3. रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारी के साथ उसका संबंध (बच्चों के मामले में उम्र भी लिखें)

Name of the patient and his/her relationship with the Govt. servant (in the case of children state age also)

4. रोगी का नाम और अनिवार्यता प्रमाण-पत्र में किये गये उल्लेख अनुसार डाक्टरी चिकित्सा और उसकी अवधि।

Name of the disease and period of medical attendance and treatment as given in the essentiality certificate.

**‘क’ अस्पताल में भर्ति रोगी को छोड़कर अन्य मामलों में इलाज के लिए
‘A’ FOR TREATMENT OTHER THAN ASIN-PATIENT IN HOSPITAL**

5. प्राधिकृत डाक्टर का नाम, पदनाम और जिस अस्पताल से वह संबद्ध है उस अस्पताल का नाम।

Name of the authorised Medical attendant, designation and hospital to which attached.

6. प्राधिकृत डाक्टर को दिया गया शुल्क
Fees paid to Authorised Medical Attendant

	तारीख Date	राशि Amount
(i) डाक्टरी सलाह की संख्या और तारीख और हर सलाह में दिया शुल्क		
(i) No. & date of consultation indicating fees paid for each consultation.		
(ii) लगाए गए इंजेक्शन की संख्या, तारीख और शुल्क		
(ii) No. of injections administered with dates and fees.		
1. एम. इंजेक्शन / M. injections on		
2. ऐ.वी. इंजेक्शन / I.V. injections on		

कुल शुल्क / Fees paid total _____

(प्रमाण-पत्र ‘क’ में बतायी गयी और शामिल की गई दवाएं साफ अक्षरों में दवाओं का ब्यौरा)
(Medicines prescribed and included in Certificate ‘A’ Details of medicines in block letters)

बिल सं और तारीख Bill No. and date	दवा की दुकान का नाम और पता Name and address of the Medical shop	दवाओं के नाम (साफ अक्षरों में) और खरीदी गई दवा की मात्रा) Name of medicines (in block letters) and quantity purchased	राशि रू. Amount Rs.
--	--	--	------------------------

7. रू की अदायगी के लिए प्रमाण-पत्र
'क' में शामिल विकिरण चिकित्सा और अन्य
चिकित्साएं:

Radiology and other tests included in
Certificate 'A' for payment Rs.

रू/ Rs.

1. (रसीद की संख्या और तारीख)
(No. and date of Receipt)

8. अन्य प्रभार (जैसे कि एम्बुलेन्स प्रभार आदि)
Other charges (such as ambulance
charges etc)

‘ख’ अस्पताल में भर्ति रोगी के रूप में इलाज करना पर भरे

‘B’ TO BE FILLED IN THE CASE OF TREATMENT AS IN PATIENT IN HOSPITAL

9. अस्पताल की रसीद सं. और तारीख, किराया, भोजन, रोधन, अन्य प्रभार
Hospital Receipt No. and date, rent, Diet, Stoppages, other charges

बिल सं और तारीख Bill No. and date	दवा की दुकान का नाम और पता Name and address of the Medical shop	दवाओं के नाम (साफ अक्षरों में) और खरीदी गई दवा की मात्रा) Name of medicines (in block letters) and quantity purchased	राशि रू. Amount Rs.
--	--	--	------------------------

सकल योग (क + ख) रू / Gross Total (A+B) Rs

सरकारी कर्मचारियों द्वारा) हस्ताक्षरित घोषण

DECLARATION TO BE SIGNED (ON FULLY BY THE GOVT. SERVANT)

मैं घोषित करता हूँ कि इस प्रार्थना-पत्र में दिया गया बयान मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार ठीक है और जिस व्यक्ति के चिकित्सा व्यय किये गये हैं 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 depended upon me.

सरकारी कर्मचारी के दिनांकित हस्ताक्षर
Dated signature of the Govt. Servant

(सिर्फ सरकारी काम के लिए)
(FOR OFFICIAL USE ONLY)

संवीक्षा की औररू पास किया

Scretinised and passed Rs.....

लेखापरीक्षा अधिकारी (प्रशा)
A.O (Admn)

उप-महालेखाकार (प्रशा)
D.A.G (Admn)

प्रधान महालेखाकार
PrI. A.G

केन्द्रीय सरकारी कर्मचारियों तथा उनके परिवार की डाक्टरी परिचर्या और / या इलाज पर हुए डाक्टरी खर्चों वापसी का दवा करने का आवंटन-पत्र
Form of applications for claiming refund of medical expenses Incurred in connection with Medical attendance and / or treatment of Central Government servants and their families

ध्यान दीजिए :- हर रोगी के लिए अलग फार्म भरा जाना चाहिए /N.B.-Separate form should be used for each patient

1. सरकारी कर्मचारी का नाम और पद (साफ अक्षरों में)
Name and designation of the Government servant (in block letters)
 - (i) विवाहित / अविवाहित / **Whether Married / Unmarried**
 - (ii) अगर विवाहित हो तो पति / पत्नी का कार्यालय का पता
If married the Place where Wife / Husband is employed

2. किस कार्यालय में काम कर रहा हूँ / **Office in which employed.**

3. आधारमूल नियमों में वेतन की दी गई परिभाषा के अनुसार सरकारी कर्मचारी का वेतन, यदि अन्य कोई उपलब्धियां हों तो उन्हें अलग से दिखाया जाना चाहिए / **Pay of the Government servant as defined in the Fundamental Rules and any other emoluments which should be shown separately.**

4. नौकरी का स्थान / **Place of duty.**

5. निवास का वास्तविक पता / **Actual residential address**

6. रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारी से उसका / उसकी संबंध
Name of the patient and his / her relationship to the Government servant
 ध्यान दीजिए :- यदि बीमार बच्चा हो तो उसकी उम्र भी लिखी जाए / **N.B.- In the case of children state age also.**

7. रोगी किस स्थान पर विमार पड़ा / **Place at which the patient fell ill**

8. दावे की रकम का ब्यौरा / **Details of the amount claimed –**
 - I **डाक्टरी परिचर्या / MEDICAL ATTENDANCE –**
 - (i) निम्नलिखित बातों का निर्देश करते हुए परामर्श की फीस / **Fees for consultation Indicating –**
 - (क) जिस चिकित्सा अधिकारी से परामर्श लिया गया है, उसका नाम और पद तथा उस अस्पताल या औषधालय का नाम जिससे वह अधिकारी संबद्ध है ।
(a) the name and designation of the medical officer consulted and the hospital or dispensary to which attached.
 - (ख) कितनी बार और किस-किस तारीख को परामर्श लिया गया और हर परामर्श के लिए कितनी फीस दी गई है ।
(b) the number and dates of consultations and fees paid for each consultation.
 - (ग) कितना सुइयां किन किन तारीखों को लगीं और हर सुई के लिए कितनी फिस देनी पड़ी ।
(c) the number and dates of Injections and the fee paid for each Injection.
 - (घ) क्या परामर्श और / या सुइयां अस्पताल में ली गई या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास स्थान पर ।
(d) whether consultation and / or Injections were held at the hospital, at the consulting room of the medical officer or at the residence of the patient.
 - (ii) रोग का निदान करते समय किए गए विकृत-वैज्ञानिक, जिवाणु-वैज्ञानिक, विकिरण-वैज्ञानिक और ऐसे ही दूसरे परिक्षण का खर्च लिखिए और निम्नलिखित बातें बतलाइए –
Charges for pathological, bacteriological, radiological or other similar test undertaken during diagnosis indicating–
 - (क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परिक्षण हुए और
(d) the name of the hospital or laboratory where the tests were undertaken during diagnosis indicating –
 - (ख) क्या वे परीक्षण प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की सलाह पर हुए, यदि हों तो उसका प्रमाण-पत्र इसके साथ लगाएं
(b) whether the tests were undertaken on the advice of the authorised medical attendant, if so, a certificate to that effect should be attached.
 - (ग) बाजार से खरीदी गई दवाओं का मुल्य
(c) costs of medicines purchased from the market
 (दवाओं की सूची, नकद-पत्र और अत्यावश्यकता प्रमाण-पत्र साथ लगाएं)
(List of medicines, cash memos & the essentiality certificates should be attached.)
 - II. **अस्पताली इलाज / HOSPITAL TREATMENT □**
 अस्पताल का नाम / **Name of the hospital**
 अस्पताली इलाज के खर्च-निम्नलिखित खर्चों का अलग-अलग निर्देश कीजिए –
Charges for Hospital treatment Indicating separately the charges for –
 - (i) **आवास का / Accommodation**
 (यह लिखें कि क्या आवास सरकारी कर्मचारी के वर्तमान वेतन या हैसियत के अनुरूप ही था यदि नहीं तो इस आशय का एक प्रमाण-पत्र दें कि जिस प्रकार के आवास के लिए सरकारी कर्मचारी हकदार था यह उपलब्ध नहीं था ।)
(State whether it was according to the status or pay of the Government servant and in cases where the accommodation is higher than the status of the Government servant a certificate should be attached to the effect that the accommodation to which he was entitled was not available)
 - (ii) **खुराक / Diet**
 - (iii) **शलक्यक्रिया या डाक्टरी इलाज या परिरोध
 Surgical operating or medical treatment or confinement**
 - (iv) **विकृति-वैज्ञानिक जिवाणु-वैज्ञानिक, विकिरण-वैज्ञानिक या अन्य परिक्षण यह वाते भी बतलाई जाए
 Pathological, bacteriological, radiological or other similar test indicating–**

(अ) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जिसमें परीक्षण हुए ।

(a) the name of the hospital or laboratory at which tests undertaken.

(ख) क्या वे परीक्षण कार्यभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह से अस्पताल में हुए ? यदि हां तो इस आशय का प्रमाण-पत्र साथ लगाएं

(b) Whether tests 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.

(न) दवाएं / Medicines

(न) निशेष दवाएं / Special medicines

(दवाओं की सूची नकद पत्र और अत्यावश्यकता प्रमाणपत्र में लगाएं ।)

(List of medicines, cash memos and the essentiality certificate should be attached)

(vii) साधारण उपचर्या/Ordinary nursing

(viii) विशेष उपचर्या यानी रोगी के लिए विशेष रूप से नस लगाई गई । यह लिखें कि जो और नस लगाई गई उनके लिए अस्पताल में इनके कार्यभारी चिकित्सा अधिकारी ने सलाह दी थी या सरकारी कर्मचारी चिकित्सा या रोगी की प्रार्थना पर नियुक्त की गई । पहले वाली स्थिति होने पर कार्यभारी चिकित्सा अधिकारी का प्रमाण-पत्र साथ में लगाया जाना चाहिए जिस पर चिकित्सा-अधिकारक के प्रतिहस्ताक्षर भी हों ।

Special nursing i.e. nurses specially engaged for the patient. State whether they were employed on the advice of the medical officer-in-charge of the case at the hospital or the request of the Government servant or patient. In the former case a certificate from the medical officer-in-charge of the case countersigned by the Medical Superintendent of the hospital should be attached.

(ix) एम्बुलेंस खर्च (कहां से कहां तक यात्रा की गई यह लिखें)

Ambulance charge (State the journey - to and from undertaking)

(x) और दूसरे खर्च यानी विजली की रोशनी, पंखा हीटर, वातानुकूल आदि के खर्च । यह भी लिखें कि ये सुविधाएं साधारणता : सभी रोगियों को दी जाती है और रोगी की विशेष इच्छा पर कोई चीज नहीं दी गई ।

Any other charges e.g. charges of electric light, fan, heater, air-conditioning etc. State also whether the facilities normally provided to all patients and no choice was left to the patient.

(टिप्पणियां : १. यदि भारत मंत्री सेवा चिकित्सा परिचर्या नियमावली १९३८ के नियम ३ (रूल ३ आफ दि सैकेट्री आफ स्टेटस सर्विस (एम.ए. रूल्स, १९३८) के अनुसार या केन्द्रीय सेवा (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली १९४४ के नियम ७ के (रूल ७ आफ दि सी. एस.) (एम. ए.) रूल्स १९४४) के अनुसार यदि इलाज सरकारी कर्मचारी के निवास स्थान पर ही हुआ हो तो उसका विवरण दें और इन नियमों के अन्तर्गत अपेक्षित चिकित्सा परिचर्याक का प्रमाण-पत्र साथ लगाएं ।

Notes : 1. If the treatment was received by the Government servant at his residence under rule 3 of the secretary of States Service (M.A.) Rule 1938 or rule of the C.S. (M.A.) Rules 1944 give particulars of such treatment and attach a certificate from the authorised medical attendant as required by these rules.

२. यदि इलाज सरकारी अस्पताल के अलावा किसी और जगह हुआ है तो उसका आवश्यक विवरण दें और प्राधिकृत चिकित्सा-परिचारक का इस आशय का प्रमाण-पत्र दें कि अपेक्षित इलाज की व्यवस्था किसी निकटतम सरकारी अस्पताल में नहीं हो सकती थी ।

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

III. विशेषज्ञ से परामर्श / CONSULTATION WITH SPECIALIST –

प्राधिकृत-चिकित्सा-परिचारक के अतिरिक्त किसी और विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का परामर्श लेने के लिए दी गई फीस और नीचे लिखी बातें बतलाई जाएं । / Fees paid to a specialist or a medical officer other than the authorised medical attendant indicating –

(क) उस विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का नाम जिसका परामर्श लिया गया है और यह विशेषज्ञ या चिकित्सा-अधिकारी किस अस्पताल से संबंधित है

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

(ख) कितना बार किन-किन तारीखों को परामर्श लिया गया और हर परामर्श के लिए कितनी फीस दी गई ।

(b) Number and dates of consultation and the fees charged for each consultation.

(ग) क्या परामर्श विशेष या चिकित्सा-अधिकारी के परामर्श कक्ष में लिया गया या, अस्पताल में अथवा रोगी के निवास पर ।

(c) Whether consultation was held at the hospital, at the consulting room of the specialist or medical officer or at the residence of the patient.

(घ) क्या विशेषज्ञ या चिकित्सा-अधिकारी की सलाह प्राधिकृत चिकित्सा-परिचारक की राय से ली गई थी और क्या प्रान्त के मुख्य-प्रशासनिक-चिकित्सा अधिकारी की पूर्व स्वीकृति इसके लिए प्राप्त कर ली गई थी । यदि हां तो इसके लिए प्रमाण-पत्र लगाएं ।

(d) Whether the specialist or medical officer was consulted on the advice of the authorised medical attendant and the prior approval of the Chief Administrative Medical Officer of the State was obtained. If so, a certificate to that effect should be attached.

9. कुल कितनी धनराशि का दावा है / Total amount claimed

रु./Rs.

10. को लिया गया अग्रिम धन घटाकर/Less advance taken on

रु./Rs.

11. दावे की कुल रकम/Net amount claimed

रु./Rs.

12. संलग्न पत्रों की सूची/List of enclosures

रु./Rs.

इस घोषणा पर सरकारी कर्मचारी हस्ताक्षर करे / DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT

मैं घोषित करता हूँ कि इस प्रार्थना-पत्र में दिया गया वयान मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार ठीक है और जिस व्यक्ति के उपर चिकित्सा व्यय किए गए हैं, 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 that the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me.

तारीख/Date

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर और कार्यालय जिसमें वब कार्य रक रहा है ।
Signature of the Government Servant and Office to which attached

में नियुक्त श्रीमती/श्री/कुमारी

पत्नी/पुत्र/पुत्री/श्री

को दिया गया प्रमाण पत्र

Certificate granted to Mrs. / Mr. / Miss

Wife / Son / Daughter of Shri / Smt

प्रमाण पत्र 'क' / CERTIFICATE 'A'

(उन रोगियों के मामले में भरा जाये जिन्हें इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती न किया गया हो)

[To be completed in the case of patients who are not admitted to hospital for treatment]

में डॉ. _____ इसके द्वारा प्रमाणित करता हूँ ।

I, Dr. _____ hereby certify :-

(क) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष में/रोगी के निवास स्थान पर (तारीख दी जाएं) _____ की
_____ परामर्शों के लिए _____ रुपये प्रभारित किए और प्राप्त किए ।

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

(ख) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष में /रोगी के निवास स्थान पर (तारीख दी जाएं) _____ की
अन्ता पेशी/अयत्त्वक इंजेक्शन देने के लिए _____ रुपये प्रभारित किए और प्राप्त किए ।

(b) that I charged and received Rs. _____ for
administering _____ intra-venous/intra-muscular/sub-cutaneous injections on
_____ at my consulting room/ at the residence of the patient.
(Dates to be given)

(ग) कि दिए गए इंजेक्शन रोगक्षमता या रोग निरोध के लिए थे/नहीं थे ।

(c) that the injection administered were/were not for immunising or prophylactic purposes.

(घ) कि रोगी का इलाज _____ अस्पताल में/मेरे परामर्श कक्ष में हुआ है, और कि इस संबंध में मेरे द्वारा
नुस्ते में दी गई निम्नलिखित औषध रोगी की हालत को ठीक करने/गंभीर रूप से खराब होने से रोकने के लिए अनिवार्य थी । ये
औषधे _____ अस्पताल में प्राइवेट रोगियों को देने के लिए स्टॉक नहीं की जाती और उनमें वे पेटेंट

(अस्पताल का नाम)

(एकायत) योग शामिल नहीं हैं जिनके लिए समान चिकित्सा मान के सस्ते द्रव्य उपलब्ध है, न ही ये योग जो मूलतः खाद्य श्रृंगार
सामग्री अथवा निःसंक्रामक 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 of the recovery/ prevention of serious deterioration in the condition of the patient.
The medicines are not stocked in the (name of the hospital) _____
for the supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper
substances of equal therapeutic value disinfectants.

क्र. सं. Sr. No.	औषधों का नाम Name of Medicines	कीमत Price
1		
2		
3		
4		
5		

क्र. सं. Sr. No.	औषधों का नाम Name of Medicines	कीमत Price
6		
7		
8		
9		
10		
11		

(इ) कि रोगी _____ से पीड़ित है/था और _____ से तक मेरे इलाज में है/था ।

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

(च) कि रोगी की जन्म पूर्व अथवा जन्मोत्तर चिकित्सा की गई है/थी ।

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

(छ) कि जिन एक्सरे, प्रयोगशाला जांच आदि के लिए _____ रुपये खर्च किये थे आवश्यक थे और वे मेरी सलाह से _____ में किये गये थे ।

(अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम)

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

(ज) कि मैंने रोगी को विशेष परामर्श के लिए डॉ _____ के पास भेजा था और _____ का (राज्य के मुख्या प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम) नियमों के अनुसार यथापक्षित आवश्यक अनुमोदन प्राप्त कर लिया गया था ।

(h) that I referred the patient to Dr. _____ for specialist consultation and that the necessary approval of the _____ (Name of the Chief Administrative Medical Officer) as required under the rules was obtained.

(च) कि रोगी को अस्पताल में रखना आवश्यक नहीं था/आवश्यक था ।

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

तारीख _____

Date _____

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर और पदनाम तथा उस अस्पताल/चिकित्सालय का नाम जिससे वह संबंध है ।

Signature & Designation of the Medical Officer and the Hospital/ Dispensary to which attached.

विशेष ध्यान दें - जो प्रमाण-पत्र लागू न हों वे काट दिये जाने चाहिए । प्रमाण-पत्र (च) अनिवार्य है और चिकित्सा अधिकारी द्वारा उसे सभी मामलों में भरा जाना चाहिए ।

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

प्रधान महालेखाकार (ले. प-II) का कार्यालय, केरला, तिरुवनंतपुरम
OFFICE OF THE PRINCIPAL ACCOUNTANT GENERAL (AU-II), KERALA,
THIRUVANANTHAPURAM

वर्ष 2024 के लिए आश्रितता प्रमाण-पत्र
DEPENDENCY CERTIFICATE FOR THE YEAR – 2024

- I. सरकारी कर्मचारी का नाम, पदनाम तथा अनुभाग
Name, Designation and section of the
Government servant :
- II. (a) क्या विवाहित हैं कि अविवाहित
Whether married or unmarried :
- (b) यदि विवाहित हो तो बताए कि पति/पत्नी नियोजित है
और अगर ऐसा हो तो नौकरी का पूरा विवरण
If married, state whether spouse is
employed and if so the full details of
employment :
- (c) पति/ पत्नी दोनों नियोजित हो तो क्या संयुक्त घोषणा
प्रस्तुत की गयी है /
If both husband and wife are
employed whether joint declaration
has been furnished. :
- III. आश्रित माता-पिता, बहने, विधवा बहने, विधवा पुत्रियों /
नाबालिग भाईयों, यदि कोई हो तो उनके तथा बच्चों के विवरण ।
यदि माता या पिता जीवित नहीं हो तो यह तथ्य बताए ।
यदि पुत्र/ पुत्री नियोजित हो या पुत्र / पुत्री विवाहित हो तो यह तथ्य भी
बताए /
Details of dependant parents, sisters, widowed sisters, widowed.
daughters/ minor brothers, if any and children.
If father or mother is not alive that fact may be stated.
If son/daughter is employed or son/ daughter are married,
that fact may also be stated.

क्रम सं. Sl. No.	नाम / Name	संबंध / Relationship	जन्म तिथि DOB	मासिक आय Monthly Income	आय का स्रोत Source of Income	यदि पेंशनर हो तो पी पी ओ नं. If Pensioner, PPO No.

IV. उपरोक्त आश्रितों का स्थायी आवासीय पता
Permanent residential address of the
above dependents :

V. किस तारीख से सरकारी कर्मचारी / उनके परिवार के साथ
किस तारीख से आश्रित रहते आ रहे हैं / Date from which the
dependants have been staying with the Govt. servant/
his family :

VI. सरकारी कर्मचारी का आवासीय पता
Residential address of Govt. servant :

घोषणा / Declaration:-

मैं एतद्वारा प्रमाणित करता/ करती हूँ कि ऊपर उल्लिखित तथ्य सही है और मेरे माता/पिता/
आश्रित परिवार सदस्य के पेंशन / परिवार पेंशन (जो लागू नहीं उसे काट दे) के साथ-साथ तथा, ₹ 9,000/- के
मूल पेंशन पर महंगाई राहत की राशि सहित सभी स्रोतों से आय ₹ 9,000/- प्रति महीने से अधिक नहीं है और
वे पूर्ण रूप से मुझ पर निर्भर हैं ।

I do hereby solemnly certify that the facts mentioned above are true and that the income from all
sources including pension/ family pension of my parents/ dependant family member (strike out
whichever is not applicable) does not exceed ₹ 9,000/- pm plus amount of the dearness relief on the
basic pension of ₹ 9,000/- and they are wholly dependent upon me.

स्थान / Place:

दिनांक / Date:

सरकारी अधिकारी के हस्ताक्षर
(Signature of Government Official)