



हरियाणा केन्द्रीय विश्वविद्यालय

CENTRAL UNIVERSITY OF HARYANA

(संसद अधिनियम 25 (2009) के तहत स्थापित, नैक से 'ए' ग्रेड प्राप्त)

(Established vide Act No. 25 (2009) of Parliament, Accredited 'A' Grade by NAAC)

गांव: जांट-पाली, जिला: महेन्द्रगढ़ (हरियाणा), 123031.

Village: Jant-Pali, Distt: Mahendergarh (Haryana), 123031.

चिकित्सकीय प्रतिपूर्ति प्रपत्र / Medical Reimbursement Form

Emp. ID:

Government Hospital Empanelled Hospital Others

Name of the Hospital: -

(चिकित्सकीय परिचर्या अथवा ईलाज खर्च की प्रतिपूर्ति हेतु)

Form of the application for claiming refund of Medical Expenses incurred in connection with Medical Attendance and or treatment of university employees and their families:

अवधि/Period: - From _____ से/ To _____ तक

प्रत्येक रोगी/अस्पताल के लिए अलग फॉर्म का प्रयोग करें। / Separate form should be used for each Patient/Hospital.

1. कर्मचारी का विवरण / Employee Details :-

I. कर्मचारी का नाम एवं पदनाम / :
Name and designation of the employee

II. विभाग / Department :

III. कार्यग्रहण तिथि / Date of Joining :

IV. कार्यमुक्त की तिथि (यदि लागू हो तो) / Date of relieving (if applicable) :

V. विवाहित/अविवाहित / Whether Married or Unmarried :

VI. पति/पत्नी कहाँ कार्यरत है? (यदि लागू है तो) :

If married the place where wife/husband of the employee is employed (Where applicable)

यदि हाँ तो क्रप्या संयुक्त घोषणा की प्रतिलिपि संलग्न करें। / If yes please attached copy of Joint Declaration.

(प्रत्येक वित्तीय वर्ष में पहले बिल के साथ पति व पत्नी दोनों के द्वारा हस्ताक्षरित घोषणापत्र जमा करें। / In case employed a Joint declaration duly countersigned by the employed wife & husband may be furnished at the time of first bill in each financial year.)

2. वेतनमान एवं अन्य परिलब्धियाँ (अलग-अलग) / :

Pay of the employee, and other emoluments,
which should be shown separately.

3. आवासीय पता / Residential Address :

4. रोगी का नाम एवं कर्मचारी के साथ संबंध / :

(बच्चा हो तो उम्र भी लिखें)

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

(In case of children state age also.)

5. कहाँ बीमार हुआ? / Place at which the patient fell ill / :

6. अभीष्ट राशि का विवरण / Details of the amount claimed :
चिकित्सकीय परिचर्या / Medical Attendance:

(i) चिकित्सक की फीस / Fees for consultation:

क्रम संख्या / Sr. No.	चिकित्सा पदाधिकारी का नाम, योग्यता, पदनाम / The name, qualification and designation of the medical officer consulted	चिकित्सकीय सलाह की तिथियाँ / Date of Consultation	चिकित्सकीय सलाह की बिल संख्या / Bill No. of Consultation	पृष्ठ क्रमांक पर संलग्न है / Annexed at page number	चिकित्सकीय सलाह की फीस / Fee for Consultation	सीजीएचएस दर के अनुसार स्वीकार्य राशि (कार्यालय उपयोगार्थ) / Amount admissible as per CGHS Rate (for office use)
कुल राशि / Total Amount						

(ii) बाजार से खरीदी गई दवाइयों के बिलों का विवरण / Details of bills for medicines purchased from the market:
(दवाइयों की सूची, रसीद एवं अन्य प्रमाण पत्र अवश्य संलग्न करें। / List of medicines, cash memos and the essential certificates should be attached.)

क्रम संख्या / Sr. No.	दवा की बिल संख्या / Bill No. of Medicine	बिल की तारीख / Date of Bill	पृष्ठ क्रमांक पर संलग्न है / Annexed at page number	राशि / Amount	सीजीएचएस दर के अनुसार स्वीकार्य राशि (कार्यालय उपयोगार्थ) / Amount admissible as per CGHS Rate (for office use)
कुल राशि / Total Amount					

विश्वविद्यालय के कर्मचारी की घोषणा / Declaration to be signed by the University Employee :-

1. मैं एतद्द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन में दिए गए कथन मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य हैं तथा जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है, वह पूर्णतः मुझ पर निर्भर 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.
2. मैं यह भी प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे निवास से 3 किलोमीटर की परिधि में कोई सहकारी स्टोर/सरकार द्वारा संचालित मेडिकल स्टोर या सुपर बाजार नहीं है। / I also certify that there is no co-operative store/medical store run by government or Super Bazaar within the radius or 3 K.M. from my residence.
3. मैं एतद्द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि उपरोक्त बिल का दावा न तो मेरे आश्रित परिवार के सदस्यों द्वारा किया गया है और न ही बीमा/किसी अन्य एजेंसी से। / I hereby declare that the above bill neither claimed by my dependent family members not from insurance/any other agency.
4. मैं एतद्द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि उपरोक्त पारिवारिक सदस्य पूर्णतः मुझ पर आश्रित है तथा उसकी व्यक्तिगत आय 9,000/- रुपये से कम है, साथ ही महंगाई भत्ता भी है (आश्रित पारिवारिक सदस्य से संबंधित दावे के मामले में लागू)। / I hereby declare that the above family member is fully dependent upon me and his individual income is less than Rs. 9,000/- plus D.A. (Applicable in case of claim related to dependent family member).

Note: -

1. सभी कॉलम अनिवार्य है। / All columns are mandatory.
2. बिल रसीद के साथ हैं। / Bill is Pre-Receipted.
3. चिकित्सा दावे के सभी पृष्ठों पर हस्ताक्षर और सत्यापित कर दिया गया है। / All the pages of the medical claim have been signed and verified.
4. सरकारी/सीयूएच पैनलबद्ध अस्पताल के अलावा अन्य अस्पताल से ली गई चिकित्सा उपचार के लिए प्रतिपूर्ति की राशि पर लागू टीडीएस काटा जाएगा। / Applicable TDS will be deducted on amount of reimbursement on account of medical treatment taken from other than Government / CUH Empanelled Hospital.

कर्मचारी के हस्ताक्षर

Signature of Employee

दिनांक / Date :- _____

चिकित्सा दावे की पूरी तरह से जाँच कर ली गई है और प्रत्येक कॉलम के सामने नवीनतम सीजीएचएस दर सूची के अनुसार अधिकृत दरें उल्लिखित की गई हैं। / The medical claim has been checked thoroughly and the authorized rates have been mentioned as per latest CGHS Rate List against each columns.

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर

Signature of Medical Officer

(लेखा अनुभाग द्वारा भरा जाएगा / To be filled in by the Account Section)

प्रमाणित किया जाता है की आवश्यक पंजियों में दर्ज कर लिया गया है। चिकित्सकीय पंजी के पृष्ठ संख्या के क्रमांक पर दर्ज है। / Certified that necessary entries have been record. Entered in the Medical Register on Page No. Sr. No.

राशि का बिल पारित / Bill passed for Rs. _____, टीडीएस कटौती / TDS Deduction _____,

देय राशि / Payable Rs. _____ .

कार्य सहायक Dealing Assistant	अनुभाग अधिकारी (वित्त) Section Officer (Fin.)	आंतरिक लेखा परीक्षा अधिकारी Internal Audit Officer	वित्त अधिकारी Finance Officer	कुलसचिव Registrar
----------------------------------	--	---	----------------------------------	----------------------