



भारतीय अन्तर्देशीय जलमार्ग प्राधिकरण

INLAND WATERWAYS AUTHORITY OF INDIA

मुख्यालय: ए-13, सैक्टर-1, नौएडा-201301 (उ० प्र०)

fpfdRI k i fri frl dk vkonu & i =

1. कर्मचारी का नाम एवं पद विभाग
(स्पष्ट अक्षरों में) :
2. मूल वेतन : (रु०)
3. कर्मचारी का मुख्यालय स्टेशन एवं स्थानीय
आवासीय पता :
4. रोगी का नाम / कर्मचारी के साथ संबंध :
5. वह स्थान जहाँ रोगी बीमार हुआ
(यदि 3 और 5 भिन्न हैं तो कारण लिखें)
6. परामर्श लिए गए चिकित्सा अधिकारी का
नाम और पता :

7. vH; fFkr jkf' k ds C; Kjs

(1) परामर्श शुल्क

परामर्श की तिथि

क्लीनिक / आवास

दिया गया शुल्क

(2) इन्जेक्शन चार्ज

तिथि इन्जेक्शनों की संख्या

दवाओं का नाम

दिया गया शुल्क

(3) रोगात्मक परीक्षणों के लिए चार्ज

परीक्षण की प्रकृति

रसीद संख्या और तिथि

दिया गया शुल्क

(4) अन्य चार्ज (रसीदों और वाउचरों
द्वारा प्रमाणित) बाजार से खरीदी गई

रसीद संख्या

तिथि

राशि

कुल व्यय लागत रु०

.....

वह; Fkhz }kj k ?kks'k. kk

मैं.....एतद् द्वारा प्रमाणित करता हूँ कि -

- (क) अभ्यर्थना में दिए गए विवरण मेरी जानकारी और विश्वास में सत्य हैं।
(ख) वे व्यक्ति जिनके लिए चिकित्सा पर व्यय किया गया है वे मेरे परिवार के सदस्य हैं जैसा कि मेरी सेवा पंजिका में घोषणा की गई है।
(ग) वे बच्चे जिनके लिए अभ्यर्थना किया गया है वे वास्तव में मुझ पर आश्रित हैं। इसमें 25 वर्ष से अधिक उम्र के पुत्र एवं विवाहित पुत्रियाँ शामिल नहीं हैं और न ही अविवाहित पुत्र/पुत्रियाँ पूर्णकालिक/अंशकालिक रूप से नियोजित हैं।
(घ) जिन व्यक्तियों के लिए चिकित्सा प्रतिपूर्ति अभ्यर्थित है वे के० स० स्वा० यो० अथवा किसी अन्य चिकित्सा सुविधा के अन्तर्गत नहीं आते हैं।
(ङ.) मैं अंकेक्षण जाँच की अवधि के दौरान पाई गई अधिक /गलती से अदा की गई राशि को वापस लौटाने का भी वचन देता हूँ।
(च) मेरे माता-पिता जिनके लिए अभ्यर्थना किया गया है वे साधारणतया मेरे साथ रहते हैं और उनकी मासिक आय अधिकतम निर्धारित रु० 3500+ देय महंगाई राहत प्रतिमाह से अधिक नहीं है।
¼ tks ykxw ugha gks ml s dkV na ½

दिनांक:

कर्मचारी के हस्ताक्षर

dk; kly; ds i z; ksxkFkz

दिनांक:

चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति के बावत.....रु० () का क्लेम पास किया गया।

सहायक

जाँचकर्ता

अनुमोदक

प्राप्त किए हुए रुपए

हस्ताक्षर