

पाराशष्ट एक

कर्मचारी आणि त्याचे कुटुंबीय यांची वैद्यकीय देखभाल आणि रोगाचा वारंवार होण्या संबंधात करण्यात आलेल्या वैद्यकीय खर्चाच्या परतव्याची मागणी करण्याकरिता प्रत्येकाच्या अर्जाचा नमुना.
टिप : प्रत्येक रूग्णाकरिता स्वतंत्र नमुना द्यावा.

- १) कर्मचार्याचे नांव व नाव (ठळक अक्षरात) :
- २) कर्मचारी ज्या कार्यालयात नोकरी आहे त्या कार्यालयाचे स्थान :
- ३) वित्तिय नियमामध्ये व्याख्या केलेल्या प्रमाणे कर्मचार्याचे वेतन आणि इतर वित्तिलब्धी स्वतंत्रपणे दर्शविण्यात याव्यात.
- ४) कामाचे ठिकाण :
- ५) प्रत्यक्ष निवास स्थानाचा पत्ता :
- ६) रूग्णाचे नाव आणि कर्मचार्याशी त्याचे/तिचे नाते :

टिप : मुलाच्या वारंवार होत वय सुध्दा नमुद करावे.

- ७) ज्या ठिकाणी रूग्ण आजारी झाला असेल ते ठिकाण :
- ८) आजाराचे स्वरूप कसा नावधीत आहे :
- ९) मागणी केलेल्या रकमेचा तपशील :

वैद्यकीय देखभाल

(एक) रोग लक्षणासाठी सल्ला देण्याची फी द्यावी.

- अ) ज्या वैद्यकीय अधिकार्याचा सल्ला घेतला असेल त्याचे नांव व नाव आणि ज्या रुग्णालयाशी किंवा दवाखान्याशी तो संबंधीत असलेल्या रुग्णालया किंवा दवाखान्याचे नांव

- ब) किती वेळा सल्ला घेतला आला ती संख्या :- आणि त्याच्या तारखा आणि प्रत्येक सल्ल्यासाठी दिलेली फी.

- क) रुग्णालयाच्या वैद्यकीय अधिकार्याच्या रोग चिकित्सा कक्षात (कमालटींग रूम सल्ला घेण्यात आला की रुग्णालयाच्या निवासस्थानी सल्ला घेण्यात आला नमुद करावे.)

- १) रोग निदान करताना करण्यात आलेल्या विकृती चिकित्सा उपयुक्त, अनुजीवशास्त्रीय क्ष किरण शास्त्रीय विज्ञान इतर तत्सम चाचण्यासाठी आकारण्यात आलेली फी. त्या मध्ये पुढील गोष्टी नमुद कराव्यात
- अ) ज्या रूग्णाच्या प्रयोगशाळेत चाचण्या घेण्यात आल्या होत्या त्या रूग्णातल्याच किंवा प्रयोगशाळेचे नांव
- ब) प्राधिकृत वैद्यकिय देखभाल अधिकाऱ्याचा सल्लामने चाचणी घेण्यात आली होती कसे घेण्यात आली असेल तर तशा अर्थाचे प्रमाणपत्र सोदवत जोडावे.
- ३) वाजारातून घेतली केलेल्या (औषधीची सुची व रोखीच्या) पावत्या जोडण्यात याव्यात. विशेष - ज्ञानाचा सल्ला घेणे, विशेषज्ञाला किंवा प्राधिकृत वैद्यकिय अधिकाऱ्याला व्यतिरिक्त एखाद्या अन्य वैद्यकिय अधिकाऱ्याला देण्यात आलेली त्यामध्ये पुढील गोष्टी दर्शविण्यात याव्यात.
- अ) ज्याचा सल्ला घेण्यात आला असेल तर विशेषज्ञाचे किंवा वैद्यकिय अधिकाऱ्याचे नांव व पदनाम व तो ज्या रूग्णाला सांगितला असेल त्या रूग्णालाच नांव
- ब) किती वेळा रूग्णाचा सल्ला घेण्यात आला ती संख्या व जेव्हा घेण्यात आला ती तारीख व प्रत्येक सल्ल्यासाठी आकारण्यात आलेली फी.
- क) सल्ला देणाऱ्या किंवा विशेषज्ञाच्या किंवा वैद्यकिय अधिकाऱ्याच्या रोगचिकित्साकक्षत कन्सलटींग रुम किंवा रूग्णाच्या निवासस्थानी घेण्यात आला होता किंवा कावे.
- ड) या प्रातांच्या मुख्य प्रशासकीय वैद्यकीय अधिकाऱ्याच्या पुर्वमान्यतेचे व सल्ल्याने विशेषज्ञाच्या वैद्यकीय अधिकाऱ्याचा सल्ला घेण्यात आला असेल तर तशा अर्थाचे प्रमाणपत्र जोडण्यात यावे.
- १०) मागणी केलेले एकुण रक्कम
- ११) सहपत्राची यादी
- १२) कुटुंबातील व्यक्तींची संख्या म्हणजेच १५ ऑगस्ट १९६८ रोजी आणि त्या नंतर जिवंत असलेली मुले.

कर्मचाऱ्याने सही करून घ्यावयाचे प्रतिज्ञापत्र

मी याद्वारे जाहीर करतो की या अर्जांमध्ये केलेली निवेदने माझ्या संपुर्ण माहितीप्रमाणे व विश्वासाश्रमप्रमाणे खरे असून ज्या व्यक्तीवर वैद्यकिय खर्च करण्यात आला ती व्यक्ती संपुर्णपणे माझ्यावर अवलंबून आहे.

कर्मचाऱ्याची सही

कार्यालयाचे नांव

श्री. यांनी त्यांच्या (.....) शासन

विनिर्दिष्ट आकस्मिक आज्ञांवर शासन मान्य असलेल्या खाजगी रुग्णालयात प्रत्येकीच्या औषधोपचारावरील वैद्यकीय खर्चाची शासन नियुक्त सार्वजनिक आरोग्य विभाग क्र.एमएजी-२००५/९ प्र.क्र.१ आरोग्य-३ दिनांक.१९ मार्च २००५ मधील टक्केवारी नुसार परिगणना करून अनुज्ञेय ठरणाऱ्या रक्कमेचा तपशील

क. रुग्णाचे नांव : श्री. (.....)

ख. रुग्णालयाचे नांव :

ग. आंतररुग्ण कालावधी : दि. ते दि.

१	प्रपत्र क व ड नुसार भागणी केली एकुण रक्कम	रुपये.
अ	औषधोपचारवरील खर्च	रुपये
ब	वास्तव्यावरील खर्च	रुपये.
२	शासन निर्णय सार्वजनिक आरोग्य विभाग क्र.एमएजी-२००५/९ प्र.क्र.१/आरोग्य-३ दिनांक.१९ मार्च २००५ मधील विहित टक्केवारीनुसार अनुज्ञेय रक्कमेची परिगणना करण्यापुर्वी प्रचलित नियमानुसार वगळावयाचा अनुज्ञेय नसलेला खर्च (उदा: रक्त खरेदी बाह्य रुग्ण खर्च ई.)	रुपये.
३	अनुज्ञेय नसलेला खर्च वगळून शासन निर्णय सार्वजनिक आरोग्य विभाग क्र.एमएजी-२००५/९ प्र.क्र.१/आरोग्य-३ दिनांक.१९ मार्च २००५ मधील विहित टक्केवारीनुसार अनुज्ञेय रक्कमेची परिगणना करण्यासाठी विचारात घ्यावयाच्या औषधोपचारवरील प्रत्यक्ष अनुज्ञेय खर्च उपरोक्त अ वजा उपरोक्त	रुपये.
४	शासन निर्णय सार्वजनिक आरोग्य विभाग क्र.एमएजी-२००५/९ प्र.क्र.१/आरोग्य-३ दिनांक.१९ मार्च २००५ मधील विहित म्हणजेच वेतनश्रेणीचे वर्गीकरण न करता रसकट ९० टक्के प्रमाणे औषधोपचारवरील प्रत्यक्ष अनुज्ञेय खर्च (उपरोक्त (३) ९० टक्के)	रुपये.
	प्रपत्र क व ड नुसार भागणी केलेल्या वास्तव्यावरील खर्च	रुपये.
	शासन निर्णय सार्वजनिक आरोग्य विभाग क्र.एमएजी-२००५/९ प्र.क्र.१/आरोग्य-३ दिनांक.१९ मार्च २००५ मधील तक्ता विहित टक्केवारीनुसार परिगणना करण्यापुर्वी प्रचलित नियमानुसार वास्तव्यावरील खर्चातून वगळावयाचा अनुज्ञेय नसलेला खर्च	रुपये.
५	अनुज्ञेय नसलेला खर्च वगळून विचारात घ्यावयाचा व शासन निर्णय सार्वजनिक आरोग्य विभाग क्र.एमएजी-२००५/९ प्र.क्र.१/आरोग्य-३ दिनांक.१९ मार्च २००५ मधील तक्ता ब मध्ये केलेल्या विहित टक्केवारी नुसार अनुज्ञेय असलेला त्या त्या वास्तव्याच्या प्रमाणानुसार अनुज्ञेय खर्च	रुपये.

अ	जनरल वाई (सर्वसामान्य कक्ष)	
	(रुपये. x - दिवस)	रुपये.
	(रुपये. x 95% दिवस)	रुपये.
ब	बाथरूम स्वच्छता कक्ष	
	(रुपये. x - दिवस)	रुपये.
	(रुपये. x 75% दिवस)	रुपये.
क	एक आंतदहाता कक्ष (आयसीयु)	
	(रुपये. x दिवस)	रुपये.
	(रुपये. x 100% दिवस)	रुपये.
६	औषधोपचार व वास्तव्यावरील एकुण अनुज्ञेय खर्च (उपरोक्त + रुपये. = रुपये. (औषधोपचार व वास्तव्यावरील एकुण अनुज्ञेय खर्च)	रुपये.

वेक्षक अधिकार्याचे नाव वसही
कार्यालयाचा शिक्का

परिशिष्ट २

क्रमांक शासन निर्णय, सार्वजनिक आरोग्य विभाग क्रमांक एमएजी/१०८४/११६/पीएच-९ ए
दिनांक २१-७-८४

प्रमाणपत्र "अ"

येथे नोकरीत असलेल्या व श्री / श्रीमती
यांची पत्नी/यांचा पती / यांचा मुलगा / यांची मुलगी / यांची आई / यांचे
वडील / यांची बहिण असलेल्या श्री /श्रीमती/कुमार/कुमारी/
यांना पुढील प्रमाणे प्रमाणपत्र देण्यात येत आहे.

(३) चारांसाठी दाखल करण्यात न आलेल्या रुग्णांच्या बाबतीत द्यावयाचे)

मी, डॉ.-----

याद्वारे असे प्रमाणित करतो की,
(अ) या रुग्णावर ----- रुग्णालयात / माझ्या रोग चिकित्सा कक्षात (कन्सल्टिंग रुम) उपचार करण्यात आले
होते आणि रुग्णास बांधवाटणे करीता /त्याची स्थिती अधिक खातावू नये या कारिता या बाबतीत मी लिहून दिलेली, खाली
उल्लेखिलेली औषधे अत्यावश्यक होती. विहित केलेली औषधे ही, शासन निर्णय क्रमांक एमएजी-१०६८-६०५११ (ए)-पी,
दिनांक ११-२-१९७१, एमएजी-१०६८-६०५११-ए-पी, दिनांक २९-४-१९७२ आणि शा.नि.क्र.एमएजी-१०७२-एस, दिनांक २४
सप्टेंबर १९७३ या अन्वये (वैद्यकीय खर्चाची) प्रतिपूर्ती मिळण्याजोग्या औषधांच्या प्रवर्गात समाविष्ट करण्यात आली असून ती
रुग्णांना पुरवठा करण्यात आली आहे. (रुग्णालयाचे नाव) या रुग्णालयाच्या साठ्यात नाहीत व
त्यामध्ये ज्यांच्याकरीता समान उपचारशास्त्रीय मूल्य असणारे (रोगनिवारण करण्याची तितकीच क्षमता असणारे) अधिक
स्वस्त पदार्थ उपलब्ध आहेत अशा दुकानातच तयार करून मिळणा-या औषधांचा तसेच मुलतः अन्नपदार्थ, शक्तीवर्धक
(टॉनक्स) किंवा जंतुनाशक यांचा समावेश होत नाही.

अनुक्रमांक	दिनांक	औषधांचे/उपयंत्रांचे नाव व त्याच प्रवर्ग	दररोजचे प्रमाण	किंमत
१	२	३	४	५
१				
२				
३				
४				

(ब) रुग्णास -----

हा आजार असून / होता व -----

पासून -----

पर्यंत मी त्याच्यावर /तिच्यावर उपचार करीत आहे/होतो.

(क) रुग्णावर प्रसूतीपूर्व /प्रसूत्युत्तर उपचार करण्यात आले नाहीत/आले नव्हते.

(ड) क्ष-किरण चाचण्या प्रयोगशाळा चाचण्या इत्यादीकरीता रुपये ----- इतका खर्च

करण्यात आला व तो करणे आवश्यक होते व माझ्या सल्ल्यावरून ----- (रुग्णालयाचे किंवा
प्रयोगशाळेचे नाव) येथे या चाचण्या करण्यात आल्या.

(इ) रुग्णास रुग्णालयात दाखल करणे आवश्यक नाही/नव्हते.

ठिकाण:-

दिनांक:-

वैद्यकीय अधिकारी-याचे नाव, सही व पदनाम
(अधिकारी) ज्या रुग्णालयाशी /दवाखाना
इत्यादींशी संबंधित असलेल्या रुग्णालयाचे
/दवाखान्याचे नाव व शिक्का

FORM 'C'

k.6

CERTIFICATE OF EXPENCES FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT TO GOVERNMENT SERVANT

(To be Issued by attending private practitioner)

This is to Certify that Shri/Smt. _____
Wife / Husband / Son / Daughter / Father / Mother / Brother / Sister of Shri
Shri / Smt. _____ Address _____
_____ Employed in the _____
_____ as _____ was treated by
the _____
From _____ to _____ as an emergency Patient

For the Complaints of _____

Vital sign. observed _____

Necessary emergency _____

Investigation with results _____

The diagnosis was _____

Total expenditure (Annexure 'D') incurred for the treatment was
Rs. _____

and details of which are given in form 'D'

Certified that after the emergency treatment the patient was advised to attend
authorised medical attendant for treatment.

Signature _____

Name of the Doctor _____

Date :

Register No. _____

Place :

Name of Hospital _____

CERTIFICATE FORM 'D'

(CERTIFICATE OF EXPENDITURE INCURRED IN DETAILS FOR THE
GOVERNMENT SERVANT TREATED FOR EMERGENCY IN PRIVATE HOSPITAL)
(TO BE FILLED IN BY TREATING DOCTOR AND TO ATTACH WITH ANNEXURE 'C')

Name of Patient :
Date of Admission :
Date of Discharge :
Hospital Registration No. :
Bed Ca : :

A) CHARGES				
1)	i) Admission Charges	w.e.f.	to	@ Rs.
	ii) Total Days			
2)	Surgeon Charges / Dr. Charges			
3)	Assistant Charges Dr.			
4)	Anesthesia charges			
5)	Operation Theatre Charges			
6)	O.T. Assistant Charges			
7)	Anesthesia Assistant Charges			
8)	Nursing Charges			
9)	I.V.S. Infusion and Transfusion Charges			
10)	Visit Charges @ Rs.		Total Visits	
11)	Special Visits by Dr.			
12)	Monitor Charges			
13)	Pathology Charges			
14)	Oxygen Charges			
15)	Pulse Oxy.Charges			
16)	Radiology Charges			
	Total of (A)			

Place:

Date:

Signature of Medical Officer

Hospital Stamp

पत्नी सेवेत नसल्याबाबतचे प्रमाणपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, श्रीमती/श्री. _____

पदनाम: _____ कार्यालय: _____

येथे स्वतःच सेवेत कार्यरत आहे. माझे पती/मांझी पत्नी शासकीय / खाजगी वा इतर कोणत्याही संस्थेत / कार्यालयात सेवेत नाही.

दिनांक: / / 20

ठिकाण: परभणी

कर्मचाऱ्याची सही

पदनाम : _____

विभाग प्रमुख

हमीपत्र

श्री/श्रीमती. _____

पदनाम: _____

शापथपत्र /हमीपत्र लिहून देतो/देते की, मी माझ्या _____ आजारावरील औषधोपचार केलेल्या वैद्यकीय खर्चाच्या प्रतिपुर्तीचे एकूण रु. _____ (अक्षरी _____) रक्कमेची मागणी केलेली आहे. सदर मागणी लेखापरीक्षणात अमान्य करण्यात आली/ आक्षेपित करण्यात आली वा त्यात कांही त्रुटी आढळल्यास वैद्यकीय खर्चाच्या प्रतिपुर्तीची संपुर्ण रक्कम मी माझ्या वेतनातुन / निवृत्ती वेतनातुन एकरकमी परत करण्याची हमी देतो/देते.

करीता हमीपत्र लिहून देण्यात येत आहे.

दिनांक: / / 20

ठिकाण: परभणी

कर्मचाऱ्याची सही

पदनाम : _____

विभाग प्रमुख

दिनांक : / /201

अवलंबून असल्याचे प्रमाणपत्र

मी प्रमाणित करून देतो की, रुग्णाचे नांव
रुग्ण हा / ही माझा / माझी / माझे नातेवाईक असून तो संपुर्णपणे
माझ्यावर अवलंबून आहे. तो जिल्हा परिषद / नगर परिषद / राज्य शासन / केंद्र शासन अशा
कोणत्याही वैद्यकीय सेवा सुविधा उपलब्ध असलेल्या सेवेत नाही.

करिता प्रमाणित करता.

कर्मचार्याची सही

सही व शिक्का

संपुर्ण नांव :

पद :

रजा घेतल्याचे प्रमाणपत्र

मी श्री / श्रीमती पदनाम
..... कार्यालय
प्रतिज्ञेवर लिहून देतो / देते की माझ्या स्वतःच्या / आजारपनाच्या /
..... काळात मी दिनांक ... / ... /201.. ते दिनांक ... / ... /201..
या कालावधीत अर्जात / वैद्यकीय रजेवर होतो / होते.

धारकाची / धारीकेची स्वाक्षरी

पदनाम :

विभाग प्रमुख

"पाराशष्ट सात" - कुटुंबीक माहिती

- 1) कर्मचाऱ्याचे नाव :
- 2) पदनाम :
- 3) जन्मतारीख :
- 4) नोकरीत रुजू झाल्याच दिनांक
- 5) कुटुंबातील व्यक्तींची माहिती दिनांक

अ.क्र	कुटुंबातील व्यक्तींची नावे	जन्म तारीख	राते	कार्यालय प्रमुखाची स्वाक्षरी	सही
1)					
2)					
3)					
4)					
5)					
6)					

प्रमाणित करण्यात येते की वर दश दिलेल्या माझ्या कुटुंबातील व्यक्ती माझ्यावर पुर्णपणे अवलंबून आहे. मी याद्वारे जाहीर करतो की, कुटुंबातील माहिती सर्ववत ठेवून वेळोवेळी मागितल्याप्रमाणे आपणासमोर उपस्थित ठेवीन.

दिनांक :/...../.....

ठिकाण :

कर्मचाऱ्याची सही / अंगठा

विभाग / कार्यालय प्रमुख

अपत्याचे प्रमाणपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की मी श्री / श्रीमती पदनाम
..... कार्यालय

प्रतिज्ञेवर लिहून देतो / देते की मला किंवा माझ्या कुटुंबात खालील प्रमाणे अपत्य आहेत.

1) मुले :

2) मुली :

मला अपत्या भेक्षा जास्त अपत्ये नाहीत.

कर्मचाऱ्याची स्वाक्षरी / अंगठा

पदनाम :

विभाग प्रमुख

EMERGENCY CERTIFICATE

This is to certify that, Mr. / Mrs.
is under my treatment from / /201 to / /201
He / She is suffering from

He / She was admitted to this Hospital from / /201 to / /201
as an Emergency Case.

Drugs prescribed to during his / her hospitalization on period w.e.f.
/ /201 to / /201 do not contain food, alcohol, tonic and
Blood supplements.

The Equipments and IV Sets, Medicines used exclusively for him only.
The were not reused.

Place : *Parman*

Date :

Signature of Medical Officer
Hospital Stamp

रजा न घेतल्याचे प्रमाणपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की श्री / श्रीमती.....पहिले नाव.....

कार्यालय.....

सर्व कायदा आहेत

माझ्या चं दिनांक ते

मा प्रत्यक्षपणे आपत्तकाल म्हणून

या संपालनात शरणाग्रक कालात पुढील बंधकीय उपचार घेतले.

त्या काळात तिचे त्यांचे देखभाल करण्यासाठी माझे नातेवाइक होते त्यामुळे रजा घ्याव्याची गरज पडली नाही.

अर्जदाराची सही

सही व शिक्का

संपूर्ण नांव.....

अग्रिम मदत न घेतल्याचे प्रमाणपत्र

मी श्री.....

असे लिहून देतो की, मी माझ्या स्वतःच्या औपधोपचारासाठी अग्रिम

रक्कम घेतलेली न ही. तसेच कोणत्याही सहकारी संस्था व विमा

कंपनीकडून आर्थिक मदत घेतलेली नाही.

करिता प्रमाणित करण्यात येत आहे.

अर्जदाराची सही

सही व शिक्का

संपूर्ण नांव.....