

**इंस्टीट्यूट ऑफ होम इकोनॉमिक्स**  
**(दिल्ली विश्वविद्यालय)**  
**एफ-4, हाँज खास एन्क्लेव, हाँज खास, नई दिल्ली, दिल्ली - 110016**  
**Institute of Home Economics**  
**(University of Delhi)**  
**F-4, Hauz Khas Enclave, Hauz Khas, New Delhi, Delhi - 110016**

कॉलेज कर्मचारी और उनके परिवारों की चिकित्सा देखभाल और / या उपचार के संबंध में किए गए चिकित्सा व्यय की वापसी का दावा करने के लिए आवेदन का प्रारूप / FORM OF THE APPLICATION FOR CLAIMING REFUND OF MEDICAL EXPENSES INCURRED IN CONNECTION WITH MEDICAL ATTENDANCE AND / OR TREATMENT OF COLLEGE EMPLOYEE AND THEIR FAMILIES

**नोट:- प्रत्येक मरीज के लिए अलग फॉर्म का उपयोग किया जाना चाहिए/ N.B:- Separate form should be used for each patient.**

1.	कर्मचारी का नाम और पदनाम (स्पष्ट अक्षरों में) / Name and Designation of the employee (in Block Letters)	
(i)	चाहे विवाहित हो या अविवाहित / Whether married or unmarried	
(ii)	यदि विवाहित हैं तो वह स्थान जहां कर्मचारी की पत्नी/पति कार्यरत हैं (जहां लागू हो) / If married the place where wife/husband of the employee is employed (where applicable)	
2	कर्मचारी का वेतन और अन्य परिलब्धियां जिन्हें अलग से दर्शाया जाना चाहिए / Pay of the employee, and other emoluments which should be shown separately	
3	आवासीय पता / Residential Address	
4	मरीज का नाम और उसका/उसकी, कर्मचारी से संबंध ध्यान दें: बच्चों के मामले में आयु भी बताएं / Name of the patient and his / her, Relationship to the employee N.B. In case of children state age also	
5.	वह स्थान जहाँ रोगी बीमार पड़ा / Place at which the patient fell ill	
6.	क्या आप W.U.S. स्वास्थ्य केंद्र के सदस्य हैं या नहीं / Whether member of W.U.S. Health center or Not	
7.	दावा की गई राशि का विवरण: चिकित्सा देखभाल Details of the amount claimed: MEDICAL ATTENDANCE	
(i)	परामर्श के लिए शुल्क, जिसमें शामिल हैं Fees for consultation, including	
(a)	परामर्श प्राप्त चिकित्सा अधिकारी का नाम, योग्यता और पदनाम तथा वह अस्पताल या औषधालय जिससे वह सम्बद्ध है। The name, qualification and designation of the medical officer consulted and the hospital or dispensary to which attached	
(b)	परामर्श की संख्या और तिथियां तथा प्रत्येक परामर्श के लिए भुगतान किया गया शुल्क। The number and dates of consultations and the fees paid for each consultation.	
(c)	इंजेक्शन की संख्या और तिथियां तथा प्रत्येक इंजेक्शन के लिए भुगतान किया गया शुल्क The number and dates of injections and the fee paid for each injection	
(d)	क्या परामर्श और/या इंजेक्शन अस्पताल में चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास पर दिए गए थे। Whether consultations and / or injection were had at the hospital at the consulting room of the medical officer or at the medical officer orate the residence of the patient.	
(ii)	निदान के दौरान किए गए पैथोलॉजिकल, बैक्टीरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल या अन्य समान परीक्षणों के लिए शुल्क Charges for pathological, bacteriological, radiological, or other similar tests undertaken during diagnosis indicating	

(a)	परामर्श प्राप्त चिकित्सा अधिकारी का नाम, योग्यता और पदनाम तथा वह अस्पताल या औषधालय जिससे वह सम्बद्ध है।The name, qualification and designation of the medical officer consulted and the hospital or dispensary to which attached	
(b)	क्या परीक्षण अधिकृत चिकित्सा सहायक की सलाह पर किए गए थे। यदि हाँ, तो इस आशय का प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना चाहिए / Whether the tests were undertaken on the advice of the authorized medical attendant. If so, a certificate to that effect should be attached.	
(iii)	बाजार से खरीदी गई दवाओं की कीमत (दवाओं की सूची, कैश मेमो और आवश्यक प्रमाण पत्र संलग्न किए जाने चाहिए।) Cost of medicines, purchased from the market (list of medicines, cash memos, and the essential certificates should be attached.)	
8.	दावा की गई कुल राशि Total amount claimed	
9.	संलग्नक की सूची: - 1. डॉक्टर के पर्चे की प्रति 2. कैश मेमो / List of enclosures: - 1. Copy of Doctor's prescription 2. Cash Memo	

कॉलेज कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित घोषणा

**DECLARATION TO BE SIGNED BY THE COLLEGE EMPLOYEE**

1. मैं यह घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिए गए कथन मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य हैं और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूरी तरह से 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. बिल पूर्व रसीद है / Bill is pre receipted.

दिनांक / Date .....

कर्मचारी के हस्ताक्षर /Signature of the employee

**(कार्यालय के उपयोग के लिए ही) / (FOR OFFICE USE ONLY)**

को अदा / Pay to .....
रुपये के लिए पारित / Passed for Rs. ....
रुपये/Rupees.....
.....

डीलिंग सहायक /Dealing Asst.

अनुभाग अधिकारी (लेखा विभाग) / S.O. (A/cs)

प्रशासनिक अधिकारी/ A.O

निदेशक/ Director