



TEA BOARD

Application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance and / or treatment of Tea Board servants and their families.

N.B. — Separate form should be used for each patient.

1. Name (in block letters)	Account No. Designation
-------------------------------	--------------------------------

2. Branch / Zone to which attached

3. Pay as defined in the Fundamental Rule and any other emoluments which should be shown separately.

4. Place of duty

5. Actual residential address

6. Name of the patient and his/her relationship to the Board's employee

N.B. — In the case of children & dependent parent state age also

7. Place at which the patient fell ill.

8. Name of disease

DETAILS OF THE AMOUNT CLAIMED -

1. MEDICAL ATTENDANCE.

- (i) Fees for consultation indicating :
- (a) the name, designation and the Regd. No. of the Medical Officer consulted and the hospital or dispensary to which attached.
 - (b) the number and dates of consultation and the fee paid for each consultation.
 - (c) the number and dates of injections and the fee paid for each injection.
 - (d) whether consultations and / or injections were had at hospital, at the consulting room of the medical officer (with address) or at the residence of the patient.
- (ii) charges, for pathological / bacteriological / radiological or other similar tests undertaken during diagnosis indicating :
- (a) the name of the hospital or laboratory where the tests were undertaken, and
 - (b) whether the tests were undertaken, on the advice of the authorised medical attendant. If so, a certificate to that effect should be attached.
- (iii) Cost of medicines purchased from the market (List of medicines, cash memos and the essentiality certificate should be attached)



टी बोर्ड

टी बोर्ड के कर्मचारियों और उनके परिवार के खर्च किए हुए चिकित्सा व्यय की वापसी के लिए दावा आवेदन पत्र

टिप्पणी : प्रत्येक रोगी के लिए अलग अलग प्रपत्र होने चाहिए

१। नाम (बड़े अक्षरों में)	लेखा सं० पद
२। शाखा / क्षेत्र जिसमें सम्बद्ध हो	
३। वेतन जैसा कि मूल नियम में उल्लिखित है तथा अन्त उपलब्धियां जो कि अलग दिखाई जानी चाहिए	
४। कार्य स्थान	
५। सही निवास स्थान	
६। रोगी का नाम तथा बोर्ड के कर्मचारी से उसका सम्बन्ध टिप्पणी : बच्चे तथा आश्रित होने पर उसकी उम्र भी	
७। रोगी के अस्वस्थ होने का स्थान	
८। रोग का नाम	

दावें की राशि का विवरण

- चिकित्सा पालन
 - निदेशित परामर्श शुल्क
 - चिकित्सक का नाम, पद तथा पंजीकृत नं० चिकित्सालय या अस्पताल से सम्बन्ध।
 - परामर्श के तिथियों की संख्या तथा तारीख। परामर्श के लिए दिया गया शुल्क।
 - इन्जेक्शनों की संख्या तिथियाँ तथा प्रत्येक के लिये दिया गया शुल्क।
 - कार्य परामर्श और / या इन्जेक्शन अस्पताल में चिकित्सक अधिकारों के कक्ष में (पते सहित) या रोगी के निवास पर।
 - पैथोलाजिकल, बैक्टेरियोलाजिकल, रेडियोलॉजिकल, या दूसरे इसी प्रकार के प्रयोग जोकि रोग निर्णय के समय हुए।
 - चिकित्सालय या प्रयोगशाला का नाम जहां प्रयोग किए गये और।
 - क्या प्रयोग अधिकारी चिकित्सक परिचय द्वारा दिए गये परामर्श पर किए गये यदि ऐसा हो तो इससे सम्बन्धित एक प्रमाण पत्र संलग्न करना चाहिए।
 - बाजार से क्रय की गई औषधियों की कीमत : (औषधियों की सची. कैश मेमों. तथा आवश्यक प्रमाण पत्र संलग्न करें।)

II. HOSPITAL TREATMENT

Charges for hospital treatment, indicating separately :

i) Accommodation

(State whether it was according to the status or pay of Board's employees and in cases where the accommodation is higher than the status of the Board's employees, certificate should be attached to the effect that the accommodation to which he was entitled was not available.)

ii) Diet

iii) Surgical operation or medical treatment.

iv) pathological, bacteriological, radiological or other similar test indicating :

a) the name of the hospital or laboratory at which undertaken

b) whether undertaken on the advice of the medical officer in charge of the case at hospital. If so a certificate to the effect should be attached.

v) Medicines

vi) Special Medicines

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

vii) Ordinary nursing

viii) 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 at the request of the Board's employee or patient. In the former case a certificate from the medical officer in charge of the case and countersigned by the Medical Superintendent of the hospital should be attached.

ix) Ambulance charges.

(State the journey to and from undertaken)

x) any other charges, e.g. charges for electric light, fan, heater, air-conditioning etc.

(State also whether the facilities referred to are part of the facilities normally provided to all patients and no choice was left to the patient.)

Note : 1. If the treatment was received by the Board's employee at his residence under rule 8 of the Secretary of States service (M.A.) rules 1938, or rule 7 of the CS (MA) rule, 1944, give particulars of such treatment and attach a certificate from the authorised medical attendant as required by these rules.

II. अस्पताल उपचार

अस्पताल उपचार के लिए प्रभार, प्रत्येक के लिए अलग अलग निर्देश करते हुए :-

i) जगह

(बताइये कि क्या वह बोर्ड के कर्मचारी के स्तर के अनुसार थी और यदि वह बोर्ड के कर्मचारी के स्तर से ऊँची थी तो इस आशय का एक प्रमाण पत्र संलग्न करें कि उनकी स्तर का स्थान उपलब्ध नहीं था।

ii) खाना

iii) सत्य चिकित्सा या औषधि उपचार

iv) पैथोलाजिकल, बैक्टेरियोलाजिकल, रेडियोलाजिकल या उसी प्रकार के अन्य प्रयोग।

अ) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहाँ ये प्रयोग किए गये।

ब) क्या प्रयोग इस केस के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर किए गये, यदि हों तो इससे सम्बन्धित एक प्रमाणपत्र संलग्न किया जाए।

v) दवाएँ

vi) विशेष दवाएँ

(दवाईयों की सूची, केश में और जरूरी प्रमाणपत्र संलग्न किया जाये)

vii) सामान्य परिचारिकता।

viii) विशेष परिचारिकता जैसे कि रोगी के लिए विशेष रूप से नियुक्त बताएं कि क्या ये चिकित्सालय के अधिकारी की सलाह पर नियुक्त की गई या बोर्ड के कर्मचारी के निवेदन पर या रोगी के पहले अवस्था में प्रभारी चिकित्सा अधिकारी का प्रमाण पत्र अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक का प्रतिहस्ताक्षर किया हुआ संलग्न होना चाहिए।

ix) एम्बुलेन्स प्रभार।

(बताइये कहाँ से कहाँ तक सवारी ली गई)

x) अन्य प्रभार जैसे कि बिजली प्रकाश, पंखा, हीटर, बातानुकूल आदि। (बताइए कि उपर्युक्त सुविधाएं सभी रोगियों को उपलब्ध होती है और रोगी को कोई विशेष छूट नहीं थी)

टिप्पणी : १ यदि बोर्ड के कर्मचारी द्वारा उपचार राज्य सेवा के सचिव नियम 8 के (एम० ए०) नियम 1938 के अन्तर्गत उसके निवासस्थान पर दी गई थी या नियम 7 के (एम० ए०) नियम 1944 के सी० एस० के अन्तर्गत थी इस उपचार का विवरण दें तथा जैसाकि इस नियम के अनुसार आवश्यक हैं प्राधिकारी चिकित्सा अधिकारी का प्रमाण पत्र संलग्न करें।

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

III. CONSULTATION WITH SPECIALIST

Fees paid to a specialist or medical Officer other than the authorised medical attendant indicating :

- a) the name and designation of the specialist or medical officer consulted and the hospital to which attached.
- b) number and dates of consultations and fee charged to each consultation.
- c) whether consultation was had at the hospital or the consulting room of the specialist or medical officer or at the residence of the patient.
- 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 the effect should be attached.

9. Total amount claimed

10. List of enclosures

DECLARATION TO BE SIGNED BY THE BOARD'S EMPLOYEE

- a) I hereby declare that 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 whole dependent upon me.
- b) I hereby declare that my Father / Mother / Son / Daughter / Sister / Shri / Smt.
.....
was residing with me during the period of his / her sickness for which the medical expenses reimbursement claim is submitted. The income of my father / mother / son / daughter / sister was Rs. per month.

Date

Signature

Passed for Rs. (Rupees

and paise only)

Date

Controlling Officer

Pay Rs. (Rupees

and paise only)

Accounts Officer

F.A. & C.A.O.

Date

Date

टिप्पणी : २ यदि उपचार सरकारी अस्पताल के अलावा किसी अन्य अस्पताल में हुआ हो इस आशय का एक प्रमाण पत्र प्राधिकारी चिकित्सा अधिकारी से प्राप्त किया जाय कि आवश्यक इलाज निकटवर्ती सरकारी अस्पताल में उपलब्ध नहीं थी।

III. विशेषज्ञ से परामर्श

विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी, प्राधिकारी परिचय के अतिरिक्त दिये गये शुल्क

- परामर्श किए गये विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का पद तथा नाम एवं सम्बन्ध अस्पताल का नाम।
- परामर्श की तिथियाँ तथा संख्या और प्रत्येक के लिए दिया गया शुल्क।
- क्या परामर्श अस्पताल में लिया गया विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी के कक्ष में या रोगी के निवास स्थान पर।
- क्या विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से परामर्श प्राधिकारी परिचय को सलाह अधिकारी की पूर्व अनुमति से लिया गया था? यदि हाँ इस आशय का एक प्रमाण पत्र संलग्न करना चाहिए।

९। दवा की कुल राशि

१०। संलग्नो की सूची

बोर्ड के कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित घोषणा

- मैं यह घोषित करता हूँ कि मेरे ज्ञान एवं विश्वास से इस आवेदन में दिए गये विवरण सत्य है और जिस व्यक्ति पर चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूर्णता मुझ पर आश्रित है।
- मैं घोषित करता हूँ कि मेरे माता / पिता / पूत्र / पूत्री / श्रीमती / श्री जिसके लिए चिकित्सा व्यय वापस करने के लिए दावा प्रस्तुत किया गया है बीमारी की अवस्था में मेरे साथ रहते थे। मेरे माता / पिता / पूत्र / पुत्री / की मासिक आय ₹ है।

तिथि

हस्ताक्षर

पारित ₹ केवल रूपए

..... (पैसे) के लिए।

तिथि

नियंत्रण अधिकारी

अदा करें ₹ केवल रूपए (पैसे)

लेखा अधिकारी

वि० स० एवं मु० ले० अधिकारी

तिथि

दिनांक