

## मेडिकल बील

कर्मचारी नाव

पदनाम

कार्यालयाचे नाव

आजारी व्यक्तीचे नाव

आजारी व्यक्तीशी असलेले नाते

डॉक्टरचे नाव

रुग्णालयाचे नाव व पत्ता

रुग्णालयातील कालावधी

हॉस्पिटल चार्जेस व  
औषोधीचारासाठी झालेला  
एकूण खर्च

## CERTIFICATE FORM 'C'

Certificate of expenses for emergency medical treatment is Government Servant

( To be issued by attending private practitioners )

This is to certify that,

Shri / Smi . \_\_\_\_\_

address . \_\_\_\_\_

Son/Wife/Husband/Father/Mother/Self of . \_\_\_\_\_

employed in the \_\_\_\_\_

as a \_\_\_\_\_

was treated by the NAME OF DOCTOR: \_\_\_\_\_

at NAME OF HOSPITAL: \_\_\_\_\_

w.e.f. \_\_\_\_\_

as 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 (Authority) attend for treatment.

**Place:** . \_\_\_\_\_

**Date:** . \_\_\_\_\_

**NAME OF DOCTOR:**

**DR. REG NO.:**

**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 ATTACHED WITH ANNEXURE 'C' )**

NAME OF PATIENT : \_\_\_\_\_  
DATE OF ADMISSION : \_\_\_\_\_  
DATE OF DISCHARGE : \_\_\_\_\_  
HOSPITAL REGISTRATION NO. : \_\_\_\_\_  
BED CAT. : \_\_\_\_\_

<b>A</b>	<b>CHARGES</b>	<b>AMOUNT</b>
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
	<b>DISCOUNT</b>	
	<b>TOTAL OF (A)</b>	

<b>TOTAL OF (A)</b>	
(PHARMACY AND CONSUMABLE)	<b>TOTAL OF (B)</b>
<b>GRAND TOTAL OF (A+B)</b>	

Place: .

Date: .

NAME OF DOCTOR:

DR. REG NO.:

NAME OF HOSPITAL:

B)	NAME OF DRUG	CAT NO.	QTY.REQ.	AMOUNT	

Place: .  
Date: .

NAME OF DOCTOR:  
DR. REG NO.:  
NAME OF HOSPITAL:



<b>B)</b>	<b>NAME OF DRUG</b>	<b>CAT NO.</b>	<b>QTY.REQ.</b>	<b>AMOUNT</b>	

**Place:.**  
**Date: .**

**NAME OF DOCTOR:**  
**DR. REG NO.:**  
**NAME OF HOSPITAL:**

B)	NAME OF DRUG	CAT NO.	QTY.REQ.	AMOUNT	
TOTAL OF (B)					

TOTAL OF (A)		
TOTAL OF (B)		
GRAND TOTAL OF (A+B)		

Place: .  
Date: .

NAME OF DOCTOR:  
DR. REG NO.:  
NAME OF HOSPITAL:

# EMERGENCY CERTIFICATES

This is to certify that, Mr./Mrs. : \_\_\_\_\_

is under my treatment from \_\_\_\_\_ :

He/She is suffering from \_\_\_\_\_ :

He/She was admitted to this Hospital from \_\_\_\_\_ :

as an EMERGENCY CASE.

Drugs prescribed to during his/her hospitalization on period wef to do not contain food, Alcohol, tonic .

Place: .

Date: .

NAME OF DOCTOR:

DR. REG NO.:

NAME OF HOSPITAL:



## रुग्णालयातील वास्तव्याचा दाखला

दवाखान्याचे नाव :- \_\_\_\_\_

आजाराचा कालावधी :- \_\_\_\_\_

रुग्णाचे नाव :- \_\_\_\_\_

अ.न.	वास्तव्याचा प्रकार	दिनांक	दर	एकूण
१	जनरल कक्ष सर्व साधारण कक्ष			
२	जनरल वार्डच्या सर्व सामान्य कक्षाच्या पासून बाथरूम नसलेले कक्ष (SEMI PRIVATE)			
३	बाथरूम सह स्वतंत्र कक्ष ( PRIVATE )			
४	बाथरूम सह डबलबेड कक्ष (PRIVATE SPL. ROOM)			
५	बाथरूम सह वातानुकुलीत कक्ष (PRIVATE A.C. ROOM)			
६	अतिदक्षता कक्ष (I.C.U.)			
७	एन .आय .सी.यु. (N.I.C.U.)			
८	बाथरूम सह (SHEARED ROOM )			
९	DELUXE/ ISOLATION WARD			
<b>TOTAL</b>				

**Place: .**

**Date: .**

**NAME OF DOCTOR:**

**DR. REG NO.:**

**NAME OF HOSPITAL:**

# CERTIFICATES

I am hereby certifying that, Mr./Mrs. : \_\_\_\_\_

is under my treatment from \_\_\_\_\_ :

He/She is suffering from \_\_\_\_\_ :

He/She was admitted to this Hospital from \_\_\_\_\_ :

as an EMERGENCY CASE.

Drugs prescribed to during his/her hospitalization on period wef  
to do not contain food, Alcohol, tonic & Blood supplements.

The equipments & IV Sets, Medicines used exclusively for him only.  
They were not reused.

Place: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

NAME OF DOCTOR:

DR. REG NO.:

NAME OF HOSPITAL:

औषधांमध्ये यंत्रो उपकरण साधन सामुग्री  
समावेश नसल्याचे प्रमाणपत्र

श्री./ श्रीमती. \_\_\_\_\_

यांना दिनांक \_\_\_\_\_

:

या कालावधीत दिलेल्या औषधांमध्ये यंत्रो उपकरण साधन सामुग्रीचा समावेश नाही, तसेच त्यासाठी वापरलेल्या सुया व इंजेक्शन, हातमोजे याबाबतचा पुन्हा वापर करण्यात आलेले नाही.

NAME OF DOCTOR:

DR. REG NO.:

NAME OF HOSPITAL:

Place: .

Date: .

## Nursing Certificate

This is to certify that Sm: \_\_\_\_\_

Admitted under my case in this hospital his condition was critical  
nurse to take proper care of her / him Nursing was and hence required  
special provided from this hospital.

Place: .

Date: .

NAME OF DOCTOR:

DR. REG NO.:

NAME OF HOSPITAL:

कार्यालयाचे नाव	
जा.क्र. :-	दिनांक :-
<p>प्रती, मा. जिल्हा शल्यचिक्सक सो. जिल्हा रुग्णालय , जलगाव</p> <p>विषय :- वैद्यकीय बिलाची पडताळणी करून आपले प्रमाणपत्र मिळणेबाबत</p> <p>महाशय, या कार्यालयातील श्री. / श्रीमती _____</p> <p>पदनाम _____ यांचे वैद्यकीय बिल पडताळणी करून आपले सहीचे प्रमाणपत्र मिळणेकामी आपणाकडे पाठवीत आहोत . तरी त्यांचे वैद्यकीय बिलाची पडताळणी व्हावी , हि नम्र विनंती .</p> <p style="text-align: right;">कार्यालय प्रमुख सही व शिक्का</p>	

कार्यालयाचे नाव			
जा .क्र. :-		दिनांक :-	
<p>प्रती, म. प्रकल्प अधिकारी सो ए.आ.वि. प्रकल्प ,यावल ता. यावल जि. जळगाव</p> <p><b>विषय :-</b> श्री./श्रीमती _____ पदनाम _____ यांचे "वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती " बिलास मंजूरी मिळणेबाबत .</p> <p>महाशय, या कार्यालयातील श्री. _____ हुद्दा _____ यांचे वैद्यकीय खर्च प्रतीपूर्तीबिल या सोबत पाठविले आहे .</p> <p>आकस्मिक निकडीचा प्रसंग म्हणून _____ या खाजगी रुग्णालयात उपचार घेतला आहे . हॉस्पिटलचे सर्टीफिकेट, बिले पावत्या , औषधांची बिले, या सोबत आहेत . तरी नियमातील तरतुदीनुसार या बिलास मंजूरी मिळावी हि विनंती.</p>			
१	आजारी व्यक्तीचे नाव		
२	वय		
३	डॉक्टरचे नाव	NAME OF DOCTOR:	
		DR. REG NO.:	
४	रुग्णालयाचे नाव व पत्ता		
५	रुग्णालयातील कालावधी		
६	हॉस्पिटल चार्जेस व औषधोचारासाठी झालेला एकूण खर्च		
७	म सिव्हील सर्जन यांनी त्यांच्याकडील अदेशानुसार मंजूर केलेली रक्कम रुपये		
<p>सोबत, बिलासंबंधीचे कागदपत्रे मूळ वैद्यकीय देयक रुपये दोन प्रतीत</p> <p style="text-align: center;">आपला विश्वासू</p> <p style="text-align: center;">कार्यालय प्रमुख सही व शिक्का</p>			

	कर्मचारी नाव	
	पद	
	पत्ता	
	दिनांक	

प्रती,

म. मुख्याध्यापक सो.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**विषय :-** वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती बिल मंजूरीसाठी म. प्रकल्प अधिकारी सो , ए.आ.वि.  
प्रकल्प, यावल यांच्याकडे पाठविणे बाबत

महाशय,

खालील तपशिलानुसार "वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती " बिल मंजूरीसाठी म. प्रकल्प अधिकारी सो , ए.आ.वि.

प्रकल्प यावल यांच्याकडे पाठविणेची विनंती आहे .

१	आजारी व्यक्तीचे नाव	
२	वय	
३	डॉक्टरचे नाव	
४	रुग्णालयाचे नाव व पत्ता	
५	रुग्णालयातील कालावधी	
६	हॉस्पिटल चार्जेस व औषोधोचारासाठी झालेला एकूण खर्च	
७	म सिव्हील सर्जन यांनी त्यांच्याकडील अदेशानुसार मंजूर केलेली रक्कम रुपये	

सोबत,  
बिलासंबंधीचे कागदपत्रे  
मूळ वैद्यकीय देयक रुपये  
दोन प्रतीत

आपला/आपली विश्वासू

नाव:

पदनाम :

कार्यालय नाव :

## वैद्यकीय प्रतिपूर्ती देयक प्रस्ताव छाननी सूची

कर्मचार्याचे नाव :- \_\_\_\_\_

पदनाम :- \_\_\_\_\_

कार्यालयाचे नाव :- \_\_\_\_\_

रुग्णाचे नाव :- \_\_\_\_\_ नाते : \_\_\_\_\_

आजारपणाचा कालावधी :- \_\_\_\_\_

वैद्यकीय प्रतीपूर्तीची रक्कम मागणी रुपये :- \_\_\_\_\_

अ. न.	तपशील	लागू आहे/नाही	प्रस्ताव सोबतचे पृष्ठ क्रमांक
1	कर्मचा-याने वैद्यकीयप्रतिपूर्ती साठी कार्यालयाकडे सादर केलेला अर्ज.	लागू आहे.	
2	तपासणी सूचीतील अनुक्रमांकाप्रमाणे देयकास पृष्ठ क्रमांक देण्या आलेले असून फाईलसह मूळ प्रस्ताव साक्षात्कृत द्विप्रतीत सादर करण्यात आलेला आहे तसेच विशेषबाब म्हणून शासनाकडे मंजूरीस्तव सादर करावयाचा प्रस्ताव तीन प्रती सह सादर करण्यात आला आहे.	लागू आहे/नाही	
3	आजार विनीर्दिष्ट तातडीच्या आजाराच्या यादीत सामाविष्ट असल्याचे प्राधिकृत वैद्यकीय अधिका-याचे (जिल्हा शल्यचिकित्सक)प्रमाणपत्र जोडले आहे	लागू आहे/नाही	
4	वैद्यकीय प्रतिपूर्ती मागणी अर्ज परिशिष्ट १ आहे (परिपूर्ण भरलेले असावे )	लागू आहे.	
5	परिशिष्ट अ (शासकीय रुग्णालयात उपचार घेतले असल्यास जोडण्यात यावा)	लागू आहे/नाही	
6	परिशिष्ट ब (शासकीय रुग्णालयात उपचार घेतले असल्यास जोडण्यात यावा)	लागू आहे/नाही	
7	परिशिष्ट क (परीपूर्ण भरलेला असावा )वैद्यकीय अधिकारी नाव,रजि.क्र. रुग्णालयाचे नाव,नोंदणी क्रमांक ,शिकका असावा.	लागू आहे.	
8	परिशिष्ट ड (परीपूर्ण भरलेला असावा )	लागू आहे.	
9	औषधांच्या यादीवर कोटिगिरी नंबर नमूद करून त्यावर वैद्यकीय अधिकाऱ्यांची सही व रजिष्ट्रेशन नंबर असलेला शिकका आहे	लागू आहे.	
10	अत्यावश्यक प्रमाणपत्र जोडले आहे	लागू आहे.	
11	रुग्णालयातील वास्तव्याचा कालावधी पेशंटला कोणत्या कक्षात (जनरल/स्पेशल ) ऑर्डिमिट केले आहे त्याबाबत वैद्यकीय अधिकाऱ्यांचे स्वतंत्र प्रमाणपत्र जोडले आहे.	लागू आहे.	
12	देय औषधांच्या सूची मध्ये अल्कोहोल व शक्ती वर्धक औषधांचा समावेश नसल्याबाबतचे वैद्यकीय अधिकारी प्रमाणपत्र जोडले आहे .	लागू आहे.	
13	औषधांमध्ये यंत्र उपकरण ,साधन सामुग्रीचा समावेश नाही तसेच वापरलेय सुया व इन्जेक्शन ,हातमोजे याबाबत पुन्हा वापर करण्यात आलेला नाही या बाबत वैद्यकीय अधिकारी प्रमाणपत्र जोडले आहे	लागू आहे.	
14	प्रतीपूर्तीच्या प्रत्येक पावतीवर "कर्मचार्यानि पेड बाय" मी असे लिहून स्वाक्षरी केली आहे	लागू आहे.	
15	औषधीच्या प्रत्येक पावतीवर व इतर देयकावर डॉक्टरची सही व शिकका आहे	लागू आहे.	
16	रुग्णालयास अदा केलेले देयक व प्रस्तावा सोबतचे इतर उपप्रमाणके रुपये 5000 वरील उपप्रमाणकांना मुद्रांक तिकीट लावून सही व शिकका आहे	लागू आहे.	
17	रुग्णालयीन देयक ,रुग्णालयास अदा केलेल्या रकमांच्या पावत्या ,औषधांची देयके, प्रयोगशाळा तपासणी देयके व इतर देयके (देयकावर देयक देणाऱ्या सही व शिकका व औषधांच्या उपप्रमान्कावर विक्रेत्यांची सही व GST क्र. नमूद असावा	लागू आहे.	
18	मूळ डीस्चार्ज कार्ड जोडले आहे	लागू आहे.	
19	कुटुंबाचा तपशील जोडला आहे	लागू आहे.	
20	कुटुंब प्रमाणपत्र जोडले आहे	लागू आहे.	
21	नियम १४ खालील अपत्यांचे घोषणापत्र जोडलेले आहे	लागू आहे.	
22	रुग्ण कर्मचा-यावर अवलंबून असल्याबाबतचे अवलंबिता प्रमाणपत्र जोडले आहे.	लागू आहे.	
23	रुग्णाचे आजारपणाचा खर्च कर्मचा-याने केलेबाबत खर्चचे प्रमाणपत्र जोडले आहे	लागू आहे.	



अ. न.	तपशील	लागू आहे/नाही	प्रस्ताव सोबतचे पृष्ठ क्रमांक
24	पती/पत्नी शासकीय ,निम शासकीय ,खाजगी नोकरी नसल्याचे प्रमाणपत्र आहे.(पती/पत्नी नोकरीस असल्यास शासन निर्णय दिनांक १८/०८/१९९९ नुसार विकल्प अथवा संबंधित कार्यालयाचा नाहरकत दाखला .)	लागू आहे.	
25	रुग्ण कर्मचारी असल्यास रजा मंजुरी प्रत जोडली आहे	लागू आहे/नाही	
26	रुग्ण कर्मचा-या व्यतिरिक्त असल्यास ,रुग्णाच्या उपचार कालावधीत रुग्णाच्या देखभालीसाठी कर्मचारी यानी रजा घेतली आहे किंवा कसे? या बाबत खुलासा करण्यात येवून रुग्णाच्या देखभालीसाठी रुग्णालयात कोण उपस्थित होते याबाबतचा खुलासा.	लागू आहे/नाही	
27	सम्बन्धित शासकीय आश्रमशाळा मुख्याध्यापक /शासकीय वसतिगृह गृहपाल /अनुदानित आश्रमशाळा मुख्याध्यापक /संस्थेचे सचिव यांनी उक्त देयक एक वर्षाचे आत सदर केले बाबत प्रमाणपत्र नमूद आहे.	लागू आहे.	
28	रुग्णाच्या आजारपणासाठी अग्रिम घेतले नसल्याचे प्रमाणपत्र जोडले आहे. (शासनाकडून अग्रिम घेतले असल्यास अग्रिम मंजुरी आदेशाची प्रत प्रस्तावासोबत जोडण्यात यावी )	लागू आहे.	
29	शास. आश्रमशाळा मुख्याध्यापक / गृहपाल/ अनु. आश्रमशाळा मुख्याध्यापक यांनी तपासणी सूचित नमूद प्रमाणे प्रस्ताव सादर केला असून सादर करण्यात आलेल्या वैद्यकीय प्रतिपूर्ती प्रस्तावाची व उपप्रमानकांची त्यांच्या स्तरावरून तपासणी केली असून ,प्रस्तावासोबतची प्रमाणके हि वास्तव कालावधीची आहेत. उपप्रमानके व कर्मचा-यांनी मागणी मागणी केलेली रक्कम यांची बेरीज तपासली असता ती बरोबर आहे .रुग्णालयाने दिलेल्या प्रमाणपत्रावर रुग्णालयाचा व तेथिल वैद्यकियअधिकारी यांचा रजिस्टर नंबर सही शिक्का आहे. तरी सदरच्या वैद्यकीय प्रतिपूर्ती देयाकास या कार्यालयाकडून मंजुरीस्तव शिफारस करण्यात येत आहे. या आशयाचे प्रमाणपत्र जोडले आहे	लागू आहे.	
30	शासकीय कर्मचार्याने सदर केलेल्या वैद्यकीय खर्च प्रतीपूर्तीची इतरत्र कोठेही मागणी केली नसल्याचे (एल आय सी /मेडीक्लेम ) तसेच इतर सेवा भावी सस्थाकडून आर्थिक मदत घेतले नसल्याचे प्रमाणपत्र आहे	लागू आहे.	
31	वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती देयकामध्ये मागणी केलेली रक्कम बरोबर असून त्यात खोटेपणा अढळल्यास किंवा लेखापरीक्षणात काही आक्षेप आल्यास त्यासाठी सर्वस्वी अर्जदार जबाबदार आहे असे हमी पत्र आहे	लागू आहे.	
32	रुग्ण आई /वडील असल्यास आई/वडील दोघेही शासकीय /निमशासकीय/खाजगी तथा सेवानिवृत्ती वेतम धारक अथवा कुटुंब निवृत्ती वेतन धारक नसल्याचे प्रमाणपत्र	लागू आहे/नाही	
33	रुग्ण आई /वडील असल्यास ते दोघेही सेवानिवृत्ती वेतन धारक असो अगर नसो त्यांचे इतर मार्गांनी उत्पन्न नसल्याबाबत उत्पन्नाचे सक्षम अधिकार्यांचे प्रमाणपत्र अथवा प्रतीज्ञापत्र	लागू आहे/नाही	
34	रुग्ण मुल असल्यास व त्यांचे वय १८ वर्षांपेक्षा जास्त असल्यास ते शासकीय /निमशासकीय/खाजगी नोकरीत नसल्याबाबत उत्पन्नाचे प्रमाणपत्र व अथवा प्रतिज्ञापत्र (रु. १०० मुद्रांक पेपरवर )	लागू आहे/नाही	
35	प्रसूतीबाबत शासन निर्णय सार्वजनिक आरोग्य विभाग दि ३१ मे १९९९ नुसार कार्यवाही केलेली असावी(शासकीय रुग्णालयात नाव नोंदणी कार्ड वैद्यकीय अधिकारी सही व शिक्का सह जोडली आहे )	लागू आहे/नाही	
36	वैद्याकिय प्रतिपूर्ती मागणी प्रस्ताव अपघात बाबत असल्यास अपघाताचे स्वरूप अपघात कशामुळे झाला पोलीस केस झाली काय ?असल्यास पोलीस तक्रार विषयकअहवाल तसेच अपघाताबाबत मोटारअधिनियमाखाली नुकसान भरपाई दावा दाखल केला आहे काय? असल्यास त्याची सधस्थिती काय आहे ? नुकसान भरपाई म्हणून काही रक्कम प्राप्त झाली आहे काय /या बाबतचा पूर्ण तपशील	लागू आहे/नाही	
37	तसेच घरगुती अपघात असल्यास नुकसान भरपाईची दावा दाखल केल्या नसल्याचे कार्यालय प्रमुखाचे हमीपत्र जोडण्यात आले आहे.	लागू आहे/नाही	
38	संबंधित रुग्णालयाने अपघाताबाबत जवळच्या पोलीसस्टेशनला Medical Legal (M.L.C.) दाखल केली नसल्याबाबत रुग्णालयाचे प्रमाणपत्र जोडले आहे	लागू आहे/नाही	
39	वेतन प्रमाणपत्र व कर्मचारी कायम सेवेत असल्याबाबतचे प्रमाणपत्र.	लागू आहे.	
40	आयकर नियमातील तरतुदी नुसार वैद्यकीय प्रतिपूर्ती प्रस्तावाची रक्कम मंजुरी प्राप्त होणाऱ्या आर्थिक वर्षात कर्मचा-यांच्या उत्पन्नात समावेश करून त्यावर त्या आर्थिक वर्षात नियमानुसार आयकराची कपात करण्यात येईल . याबाबत संबंधित कार्यालय प्रमुखाचे हमी पत्र जोडले आहे.	लागू आहे.	
41	रुग्ण महिला शासकीय कर्मचार्यांचे आई-वडील /सासू-सासरे असल्यास ते कर्मचा-यासोबत रहात असून ते कर्मचा-यावर अवलंबून असून त्यांची वैद्यकीय प्रतिपूर्ती निवड केली असल्याचे प्रमाणपत्र व सादर विकल्पाची सेवा पुस्तकात नोंदीची साक्षात्कृत प्रत सादर करावी .	लागू आहे/नाही	
42	रुग्णाचे तपासणी अहवाल (प्रयोगशाळा व इतर तपासणी अहवाल ) प्रस्तावासोबत जोडण्यात आले आहे.	लागू आहे/नाही	
43	रुग्णालयाचे नोंदणी प्रमाणपत्र ,रुग्णालयाचे नर्सिंग नोंदणी प्रमाणपत्राची छ्यांकित प्रत जोडण्यात आली आहे.	लागू आहे.	
44	नजीकच्या शासकीय रुग्णालयात उपचारासाठी का दाखल केले नाही याबाबत खुलासा.	लागू आहे/नाही	

अ. न.	तपशील	लागू आहे/नाही	प्रस्ताव सोबतचे पृष्ठ क्रमांक
45	अनुदानित आश्रमशाळेतील कर्मचारी नियुक्ती आदेशाची प्रत जोडण्यात यावी. संस्थेचा वैद्यकीय प्रतीपुर्तीचा ठराव जोडला आहे.	लागू आहे.	
46	शास. आश्रमशाळा मुख्याध्यापक / गृहपाल/ गृहप्रमुख व प्रकल्प कार्यालयातील कर्मचारी यांचे (स्वताचे किंवा त्यांचेवर अवलंबून) प्रतिपूर्ती प्रस्तावावर कार्यालय प्रमुख म्हणून प्रकल्प अधिकारी यांची सही व शिक्का आहे.	लागू आहे/नाही	
47	अनुदानित आश्रमशाळा मुख्याध्यापक यांचे (स्वताचे किंवा त्यांचेवर अवलंबून) प्रतिपूर्ती प्रस्तावावर संस्थेचे अध्यक्ष/सचिव यांची सही व शिक्का	लागू आहे/नाही	
48	इतर आवश्यक कागदपत्रे ,आधार कार्ड ,शिधा पत्रिका ,नियुक्ती आदेशाची प्रत	लागू आहे.	
49	प्रकल्प कार्यालयाच्या पत्रात देयकास मंजूरी मिळण्याबाबत स्पष्टपणे शिफारस केली आहे .	लागू आहे.	
50	अक्षेपांची पूर्तता करून उक्त देयक फेर सदर करतांना आक्षेप व पूर्तता या बाबत प्रारूप पत्रात प्रकल्प कार्यालयाचे स्वयंस्पष्ट खुलासा प्रारूप पत्रात आहे	लागू आहे.	

प्रमाणित करण्यात येते की, मी स्वतः वरील बाबींची पूर्तता केलेली आहे. सदर सर्व प्रमाणपत्र /कागदपत्रे व इतर बाबी पूर्ण भरलेल्या असून प्रस्तावास पेंजींग करण्यात येऊन दुय्यम प्रस्ताव कार्यालय प्रमुखाकडून साक्षात्कित केलेला आहे. सदरचा प्रस्ताव हा नियमानुसार वैद्यकीय प्रतिपूर्ती मिळण्यास योग्य आहे याची मी स्वतः खात्री केली आहे व तदनंतरच प्रस्ताव मंजूरीसाठी कार्यालयास सादर केला आहे. भविष्यात यात काही अक्षेप निर्माण झाल्यास अथवा खोटेपणा आढळल्यास त्यास सर्वस्वी मी जबाबदार असून त्यांची एकरकमी वसुली करून देईल. तरी वैद्यकीय प्रतिपूर्ती प्रस्तावास मंजूरी मिळण्यास विनंती आहे.

### आपला विश्वासू

ठिकाण :  
दिनांक :

नाव:  
पदनाम :  
कार्यालय नाव :

### कार्यालय प्रमुखांचे तपासणी बाबत प्रमाणपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, सदर प्रस्तावाची तपासणी केली असता सदरच्या देयकात वरील प्रमाणे संपूर्ण कागदपत्रे क्रमवार लावण्यात आली असून प्रस्तावासोबत कर्मचाऱ्याने दिलेली सर्व प्रमाणपत्रे कार्यालय प्रमुख म्हणून मी साक्षात्कित केलेली आहेत. तसेच प्रस्तावासोबत जोडण्यात आलेली उपप्रमाणके वास्तव कालावधीची असून व मागणी केलेली रक्कम यांची बेरीज तपासले असता ती बरोबर आहे. रुग्णालयाने दिलेल्या प्रमाणपत्रावर रुग्णालयाच्या रजिस्ट्रेशन व तेथील वैद्यकीय अधिकारी यांच्या रजिस्ट्रेशन क्रमांक नमूद असून प्रमाणपत्रावर उपचार करणा-या वैद्यकीय अधिका-याची स्वाक्षरी आहे तरी सदरच्या वैद्यकीय प्रतिपूर्ती देयक या कार्यालयाकडून मंजूरीची शिफारस करण्यात येत आहे तरी सदरच्या वैद्यकीय प्रतिपूर्ती प्रस्तावास मंजूरी मिळण्यास विनंती आहे.

ठिकाण :  
दिनांक :

मुख्याध्यापक सही व शिक्का

### प्रकल्प कार्यालयाचे प्रमाणपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, प्रकल्प कार्यालयास प्राप्त झालेल्या प्रस्तावाची तपासणी करण्यात आली असून, प्रस्तावासोबत तपासणी सूची प्रमाणे संपूर्ण कागदपत्रे जोडण्यात आली आहे. अर्जदाराने मागणी केलेली रक्कम व फॉर्म 'ड' व उपप्रमाणके यांची कार्यालयाच्या स्तरावरून पडताळणी करण्यात आली आहे. संपूर्ण प्रस्तावास पेंजींग करण्यात आलेले आहे. तसेच वैद्यकीय प्रतिपूर्ती अनुज्ञेय असल्यास जिल्हा शल्यचिकित्सक यांचे प्रमाणपत्र जोडण्यात आले आहे. तरी सदरच्या वैद्यकीय प्रतिपूर्ती देयकास या कार्यालयाकडून मंजूरीस्तव शिफारस करण्यात येत असून सदरच्या वैद्यकीय प्रस्तावास मंजूरी मिळण्यास विनंती आहे.

प्रकल्प अधिकारी  
एकात्मिक आदिवासी विकास प्रकल्प ,यावल  
ता. यावल जि. जळगाव

## परीशेस्ट-१

**कर्मचारी आणि त्यांचे कुटुंबीय यांची वैद्यकीय देखभाल आणि/किंवा उपचार यांच्या संबंधात करण्यात आलेला वैद्यकीय खर्चाच्या परताव्याची मागणी करण्याकरिता करावयाचा अर्जाचा नमुना  
(टीप : प्रत्येक रुग्णाकरिता स्वतंत्र नमुना वापरावा.)**

१. कर्मचार्याचे नाव व पदनाम :-		
२. कर्मचारी ज्या कार्यालयात नोकरीत आहे त्या कार्यालयाचे नाव :-		
३. वित्तीय नियमान्वये व्याख्या केल्याप्रमाणे कर्मचार्याचे वेतन व इतर उपलब्धी स्वतंत्रपणे दर्शविण्यात यावे	<b>स्वतंत्र प्रपत्र सोबत जोडले आहे .</b>	
४. कामाचे ठिकाण		
५. प्रत्येक निवास स्थानाचा पत्ता		
६. रुग्णाचे नाव आणि कर्मचार्याचे त्याचे /तिचे नाते (टीप:मुलाच्या बाबतीत वय सूद्धा नमूद करावे.	नात :-	
७. ज्या ठिकाणी रुग्ण आजारी झाला असेल ते ठिकाण		
८. आजाराचे स्वरूप व कालावधी		
९. मागणी केलेल्या रकमेचा तपशील रुपये		
<b>वैद्यकीय देखभाल</b>		
१. रोग लक्षणासाठी सल्ला देण्याची फी द्यावी.		
अ) ज्या वैद्यकीय अधिकाऱ्याचा सल्ला घेतला असेल त्याचे नाव व पदनाम आणि ज्या रुग्णालयाशी किंवा दवाखान्याशी तो संबंधित असेल त्या रुग्णालयाचे किंवा दवाखान्याचे नाव	<b>NAME OF DOCTOR:</b> DR. REG NO.: <b>NAME OF HOSPITAL:</b>	
ब) किती वेळा सल्ला घेण्यात आला ती संख्या आणि त्यांच्या तारखा आणि प्रत्येक सल्ल्या साठी दिलेली फी		
क) रुग्णालयाच्या वैद्यकीय अधिकाऱ्याच्या रोग चिकित्सा कक्षात सल्ला घेण्यात आला किंवा रुग्णाच्या निवास्थानी सल्ला घेण्यात आला ते नमूद करावे.	<b>चिकित्सा कक्षात</b>	
२. रोग निदान करताना करण्यात आलेली विकृती , चिकित्सा विषयक ,अनुजीव शास्त्रीय ,क्ष -किरण शास्त्रीय किंवा इतर तत्सम चाचण्यांसाठी आकारण्यात आलेली फी त्यामध्ये पुढील गोष्टी नमूद कराव्यात	<b>निरंक</b>	
अ) ज्या रुग्णालयात किंवा प्रयोगशाळेत चाचण्या घेण्यात आल्या होत्या त्या रुग्णालयाचे किंवा प्रयोगशाळेचे नाव	<b>NAME OF HOSPITAL:</b>	
ब) दवाखाना व तपासण्या खर्च	Rs.	
३. बाजारातून खरेदी केलेल्या औषधांचा खर्च	Rs.	
(औषधांची सूची व रोखीच्या पावत्या जोडण्यात याव्यात .)		

## विशेषज्ञांचा सल्ला घेणे

विशेषज्ञांला किंवा प्राधिकृत वैद्यकीय देखभाल अधिकार्याच्या व्यतिरिक्त एखाद्या अन्य वैद्यकीय अधिकार्याला देण्यात आलेली फी त्यामध्ये आलेली फी त्यामध्ये पुढील गोष्टी दर्शविण्यात याव्यात .

अ) ज्यांचा सल्ला घेण्यात आला असेल त्या विशेषज्ञांचे किंवा	निरंक
वैद्यकीय अधिकार्याचे नाव व पदनाम व तो ज्या रुग्णालयात	
सलग असेल त्या रुग्णालयाचे नाव.	
ब) किती वेळा सल्ला घेण्यात आला ती संख्या ती संख्या व	निरंक
जेव्हा सल्ला घेण्यात आला ती तारीख आणि प्रत्येक सल्ल्या साठी	
आकारण्यात आलेले फी	
क) सल्ला रुग्णालयात किंवा विशेषज्ञांच्या किंवा रुग्णालयाच्या	निरंक
वैद्यकीय अधिकार्याच्या रोग चिकित्सा कक्षात सल्ला घेण्यात आला	
कि रुग्णाच्या निवास्थानी सल्ला घेण्यात आला होता किंवा कसे ?	
ड) त्या प्रांतांच्या मुख्य प्रशासकिय वैद्यकीय अधिकार्याच्या पूर्व	निरंक
मान्यतेने व सल्ल्याने विशेषज्ञांच्या किंवा वैद्याकीय अधिकार्यांचा	
सल्ला घेण्यात आला होता किंवा कसे तसा सल्ला घेण्यात	
आला असेल तर अशा अर्थाचे प्रमाणपत्र जोडण्यात यावे	
१०. मागणी केलेली एकूण रक्कम रुपये	.
११. सहपत्रांची यादी	फॉर्म क, ड व औषधांची देयेके
१२. कुटुंबातील व्यक्तींची संख्या म्हणजेच १५ ऑगस्ट १९६५ रोजी	स्वतंत्र प्रपत्र सोबत जोडले आहे .
आणि त्यानंतर जिवंत असलेली मुले	

### कर्मचा-याने सही करून द्यावयाचे प्रमाणपत्र

मी या द्वारे जाहीर करतो कि ,या अर्जामध्ये केलेली निवेदने माझ्या संपूर्ण माहिती प्रमाणे विश्वासाप्रमाणे खरी असून ज्या व्यक्तीवर वैद्यकीय खर्च करण्यात आला ती व्यक्ती पूर्णपणे माझ्यावर अवलंबून आहे .

### कर्मचा-याची सही

आपला/आपली विश्वासू

कार्यालय प्रमुख  
सही व शिक्का

ठिकाण .  
दिनांक .

नाव:  
पदनाम :  
कार्यालय नाव :

## कुटुंबाचा तपशील

कर्मचारी नाव :- \_\_\_\_\_

हुद्दा :- \_\_\_\_\_

राहण्याचा पत्ता \_\_\_\_\_

कायमचा :- \_\_\_\_\_

हल्ली :- \_\_\_\_\_

अ.न	नाव	नाते	जन्मतारीख	वय	व्यवसाय
१					
२					
३					
४					
५					
६					
७					
८					

वरील दिलेल्या माहिती मधील अ.न. १ ते \_\_\_\_\_ पूर्णपणे माझ्यावर अवलंबून आहेत.  
व दिलेली सर्व माहिती अचूक असून माहिती चुकीची असल्यास त्यास मी सर्वस्वी जबाबदार राहील.

आपला विश्वासू

कार्यालय प्रमुख  
सही व शिक्का

नाव:

पदनाम :

कार्यालय नाव :

ठिकाण .

दिनांक .

## जोडपत्र: २

महाराष्ट्र वैद्यकीय सहाय्य नियम १९६४ नियम १४ नुसार वैद्यकीय खर्चाच्या प्रतीपुर्तीसाठी  
सम प्राधिकरणाने द्यावयाचे प्रमाणपत्र व त्यासाठी लागणारे घोषणापत्र

### घोषणापत्र

मी श्री./श्रीमती/कु. \_\_\_\_\_

पदनाम \_\_\_\_\_

घोषित करतो/करते कि , माझ्या माहिती नुसार या अर्जात दिलेली

माहिती खरी आहे . आणि ज्या व्यक्तीसाठी हा खर्च केला आहे. ते माझ्यावर पूर्ण अवलंबून आहेत.

मी पुढे असे घोषित करतो/ करते कि माझे कुटुंब \_\_\_\_\_

मुलांपर्यंत मर्यादित ठेवले आहे.

मला दि १ मे २००९ रोजी \_\_\_\_\_

मुले होती व त्यानंतर त्यात वाढ झालेली नाही.

मी घोषित करतो /करते कि, मी अदयाप विवाहित /अविवाहित आहे.

आपला विश्वासू

कार्यालय प्रमुख  
सही व शिक्का

नाव:

पदनाम :

कार्यालय नाव :

ठिकाण .

दिनांक .

### प्रमाणपत्र

प्रमाणित करण्यात येते कि ,मी श्री. /श्रीमती/कु. \_\_\_\_\_

यांनी म्हटल्याप्रमाणे आपले कुटुंब \_\_\_\_\_ मर्यादित ठेवले आहे .

प्रमाणित करण्यात येते कि , त्यांनी म्हटल्याप्रमाणे मी श्री. /श्रीमती/कु. \_\_\_\_\_

मला दि १ मे २००९ रोजी \_\_\_\_\_

मुले होती.

व त्यानंतर त्यात वाढ झालेली नाही.

प्रमाणित करण्यात येते कि ,मी श्री. /श्रीमती/कु. \_\_\_\_\_

यांनी म्हटल्याप्रमाणे ते अदयाप विवाहित /अविवाहित आहे.

कार्यालय प्रमुख  
सही व शिक्का

ठिकाण .

दिनांक .

# प्रतिज्ञापत्र

(अवलंबून असल्याबाबतचे)

मी सत्य प्रतीज्ञावर लिहून देतो कि, माझे **कुटुंब** हे माझ्यावरच अवलंबून असून त्यांना कुठल्याही प्रकारचे वेतन मिळत नाही. त्यांना औषधोपचारासाठी लागलेल्या वैद्यकिय खर्चाची रक्कम मिळण्यासाठीच बिल सदर केले आहे.

आपला विश्वासू

नाव:

पदनाम : .

कार्यालय नाव :

ठिकाण .  
दिनांक .

कार्यालय प्रमुख  
सही व शिक्का

## खर्चाचे प्रमाणपत्र

कर्मचार्याचे नाव	:-		
हुद्दा	:-		
शाळेचे नाव	:-		
रुग्णाचे नाव	:-		
नाते	:-	वय :	<input type="text"/>

सत्य प्रतीज्ञेवर प्रमाणित करतो कि ,

हे माझ्यावरच अवलंबून असून त्यांचा आजारपणासाठीचा औषोधोपचाराचा व हॉस्पिटलचा सर्व खर्च मी स्वतः केला आहे.

आपला विश्वासू

कार्यालय प्रमुख  
सही व शिक्का

ठिकाण .  
दिनांक .

नाव:  
पदनाम :  
कार्यालय नाव :



## पती/पत्नी सेवेत असल्याबाबत /नसल्याबाबत दाखला

मी \_\_\_\_\_ सत्य प्रतीज्ञावर प्रमाणित करतो कि ,

माझ्या कुटुंबात मी एकटाच \_\_\_\_\_

या कार्यालयामध्ये \_\_\_\_\_ या पदावर सेवेत आहे .

माझी पती/पत्नी :- \_\_\_\_\_

हे/हि कोणत्याही खाजगी /निमशासकीय /शासकीय विभागात सेवेत आहेत नाही . अथवा निवृत्ती वेतनधारक

व कुटुंब निवृत्ती वेतनधारक आहेत/नाहीत . तसेच त्यांना कोणताही वैद्यकीय भत्ता /वैद्यकीय प्रतिपूर्ती मिळत नाही.

ती/ते या कार्यालयामध्ये \_\_\_\_\_ .

या \_\_\_\_\_ पदावर सेवेत आहेत.

आपला विश्वासू

कार्यालय प्रमुख  
सही व शिक्का

ठिकाण .  
दिनांक .

नाव:  
पदनाम :

कार्यालय नाव :

कार्यालयाचे नाव

## प्रस्ताव विहित मुदतीत सदर केले बाबत प्रमाणपत्र

दाखला देण्यात येतो कि , आमच्या शाळेतील कायम कर्मचारी

श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_

पदनाम \_\_\_\_\_

त्यांनी त्यांचे \_\_\_\_\_

आजारपणावरील दिनांक \_\_\_\_\_

वैद्यकीय प्रतीपुर्तीचा

प्रस्ताव हा एक वर्षाच्या आत कार्यालयास सदर केला असल्याबाबत मी कार्यालय प्रमुख

म्हणून खात्री केली आहे.

ठिकाण .

दिनांक .

कार्यालय प्रमुख  
सही व शिक्का

कार्यालयाचे नाव

**वैद्यकीय खर्चाच्या प्रतीपुर्तीसाठी अग्रिम न घेतल्याचे प्रमाणपत्र**

मी \_\_\_\_\_

पदनाम \_\_\_\_\_

सत्य प्रतीज्ञावर लिहून देतो कि ,

यांच्या वरील

वैद्यकीय उपचारासाठी मी संस्था /विमा कंपनी किंवा इतरांकडून रक्कम ,शासन अग्रिम घेतलेले नाही . तसेच माझ्या इतर नातेवाईकांनी देखील सदर वैद्यकीय खर्चाच्या प्रतीपुर्तीसाठी क्लेम केलेला नाही

कार्यालय प्रमुख  
सही व शिक्का

अर्जदार सही

ठिकाण .

नाव:

दिनांक .

पदनाम :

कार्यालय नाव :

कार्यालयाचे नाव	
<b>तपासणी सूची प्रमाणे असले बाबत प्रमाणपत्र</b>	
प्रमाणित करण्यात येते कि , आमच्या शाळेतील कायम कर्मचारी	
श्री/श्रीमती	_____
पदनाम	_____ त्यांनी त्यांचे _____
<p>आजारपनावरील तपासणी सूचित नमूद प्रमाणे देयक सादर असून देयक तपासले असून प्रस्तावासोबत जोडण्यात आलेली उपप्रमानके वास्तव कालावधीची असून उपप्रमाणके व मागणी केलेली रक्कम यांची बेरीज तपासली असता ती बरोबर आहे . रुग्णालयाने दिलेल्या प्रमाणपत्रावर रुग्णालयाचा व तेथिल वैद्यकीय अधिकारी यांचा रजिस्टर नंबर सहित सही व शिक्का आहे. तरी सदरच्या देयकाच्या सत्यतेबाबत माझी खात्री असून सदरच्या वैद्यकीय प्रतिपूर्ती प्रस्तावास कार्यालयाकडून मंजुरीस्तव शिफारस करण्यात येत आहे.</p>	
ठिकाण	.
दिनांक	.
	कार्यालय प्रमुख सही व शिक्का
BHUPENDRA PATIL (HATED ASHRAMSHALA ) 9403754213	

## प्रतिज्ञापत्र

मी सत्य प्रतीज्ञावर लिहून देतो कि , सोबत सदर करीत असलेले माझ्या

आजारपणासाठी

लागलेला एकूण रु

औषधोपचार बिलाची अथवा अन्य बिलाची मागणी अन्य ठिकाणी केलेली नाही.

आपला विश्वासू

कार्यालय प्रमुख  
सही व शिक्का

ठिकाण .  
दिनांक .

नाव:  
पदनाम :  
कार्यालय नाव :

## प्रतिज्ञापत्र

मी सत्य प्रतीज्ञावर लिहून देतो कि , सोबत सदर करीत असलेले माझ्या

आजारपणासाठी

लागलेला एकूण रु

औषधोपचार बिलाची अथवा अन्य बिलाची मागणी अन्य ठिकाणी (एल .आय.सी, Mediclaim, खासदार निधी

आमदार निधी , व इतर ) तसेच इतर कोणत्याही सेवा भावी संस्थांकडून केलेली नाही तसेच आर्थिक मदत

सुद्धा घेतलेली नाही.

कार्यालय प्रमुख  
सही व शिक्का

ठिकाण .  
दिनांक .

नाव:  
पदनाम :  
कार्यालय नाव :

आपला विश्वासू

कार्यालयाचे नाव

## हमीपत्र

मी

पदनाम

सत्य प्रतीज्ञावर लिहून देतो कि, सदरचे

वैद्यकिय प्रतिपूर्ती संबन्धातील बिल लेखा परीक्षणात नामंजूर करण्यात आल्यास त्याचे वसुलीच्या रक्कमेची एकरकमी भरपाई करून देईल.

अर्जदार सही

कार्यालय प्रमुख  
सही व शिक्का

नाव:

ठिकाण

पदनाम :

दिनांक

कार्यालय नाव :

## प्रतिज्ञापत्र

(बिलासोबत दिलेली सर्व माहिती खरी असल्याबाबतचे प्रमाणपत्र )

सदरच्या बिलांच्या अर्जामध्ये दिलेली माहिती व सोबत दिलेले प्रतीज्ञापत्र व इतर माहिती खरी असून खोटी आढळल्यास त्यास मी स्वतः जबाबदार राहील.

आपला विश्वासू

नाव:

पदनाम :

कार्यालय नाव :

कार्यालय प्रमुख  
सही व शिक्का

ठिकाण

दिनांक

## वडील सेवेत असल्याबाबत /नसल्याबाबत दाखला

मी.श्री. \_\_\_\_\_ सत्य प्रतीज्ञावर प्रमाणित करतो कि ,

माझ्या कुटुंबात मी एकटाच \_\_\_\_\_

या कार्यालयामध्ये \_\_\_\_\_ या पदावर सेवेत आहे .

माझे वडील \_\_\_\_\_

हि कोणत्याही खाजगी /निमशासकीय /शासकीय विभागात सेवेत आहेत नाही . अथवा निवृत्ती वेतनधारक व कुटुंब निवृत्ती

वेतनधारक आहेत/नाहीत . तसेच त्यांना कोणताही वैद्यकीय भत्ता /वैद्यकीय प्रतिपूर्ती मिळत नाही.

ती/ते या कार्यालयामध्ये \_\_\_\_\_

या \_\_\_\_\_ पदावर सेवेत आहेत.

आपला विश्वासू

कार्यालय प्रमुख  
सही व शिक्का

ठिकाण  
दिनांक

नाव:  
पदनाम :  
कार्यालय नाव :

## आई सेवेत असल्याबाबत /नसल्याबाबत दाखला

मी.श्री. \_\_\_\_\_ सत्य प्रतीज्ञावर प्रमाणित करतो कि ,

माझ्या कुटुंबात मी एकटाच \_\_\_\_\_

या कार्यालयामध्ये \_\_\_\_\_ या पदावर सेवेत आहे .

माझी आई \_\_\_\_\_

हि कोणत्याही खाजगी /निमशासकीय /शासकीय विभागात सेवेत आहेत नाही . अथवा निवृत्ती वेतनधारक

व कुटुंब निवृत्ती वेतनधारक आहेत/नाहीत . तसेच त्यांना कोणताही वैद्यकीय भत्ता /वैद्यकीय प्रतिपूर्ती मिळत नाही.

ती/ते या कार्यालयामध्ये \_\_\_\_\_

या \_\_\_\_\_ पदावर सेवेत आहेत.

आपला विश्वासू

कार्यालय प्रमुख  
सही व शिक्का

नाव:  
पदनाम :  
कार्यालय नाव :

कार्यालयाचे नाव	
<b>सेवेत कायम असल्याबाबतचे प्रमाणपत्र</b>	
दाखला देण्यात येतो कि , आमच्या कार्यालयातील / शाळेतील कायम कर्मचारी	
श्री/श्रीमती	_____
हे आमच्या	_____
या कार्यालयातील /प्राथमिक /माध्यमिक /उच्च माध्यमिक आश्रमशाळेत दि.	_____
पासून	_____ या पदावर कायम सेवेत असून १००%
वेतनावर आहेत.	
वैद्यकीय कारणास्तव हा दाखला दिला असे .	
ठिकाण	.
दिनांक	.
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">कार्यालय प्रमुख सही व शिक्का</div>
BHUPENDRA PATIL (HATED ASHRAMSHALA ) 9403754213	



कार्यालयाचे नाव

पगार दाखला

श्री. \_\_\_\_\_

हुद्दा \_\_\_\_\_

हे कायम कर्मचारी असून त्यांचा दरमहा

पगार पुढील प्रमाणे आहे

माहे \_\_\_\_\_

अ.न.	तपशील	रक्कम
1	BAND PAY	
2	GRADE PAY	
3	D.A.	
4	T.A.	
5	H.R.A.	
6	आदिवासी भत्ता	
7	SPECIAL PAY	
8	OTHER	
9	OTHER	
TOTAL AMOUNT		

ठिकाण .  
दिनांक .

कार्यालय प्रमुख सही व शिक्का

कार्यालयाचे नाव

## आयकराबाबत प्रमाणपत्र

सत्य प्रतिज्ञेवर प्रमाणित करतो कि, मी

श्री/श्रीमती

पदनाम

माझे

आजारपणावरील खर्चाचे वैद्यकीय प्रतिपूर्तीचे देयक मंजुरीस्तव सादर करीत आहे.

सदरच्या देयकास मंजुरी प्राप्त झाल्यानंतर सदरचे देयक च्या आर्थिक वर्षात कोषागारातून पारित होईल या आर्थिक वर्षात सदरची रक्कम मला प्राप्त झाल्याने सदरची रक्कम मी माझ्या एकूण उत्पन्नात समाविष्ट करून त्यावर नियमानुसार आयकर परिगणना करेल याची हमी देत आहे.

अर्जदार सही

नाव:

पदनाम :

कार्यालय नाव :

प्रमाणित करणेत येते कि, मी

श्री/श्रीमती

पदनाम

यांचे वैद्यकीय प्रतिपूर्तीच्या देयकाची रक्कम

ज्या आर्थिक वर्षात आहरीत करण्यात येईल, त्या आर्थिक वर्षात सदरची रकमेचा त्यांच्या

उत्पन्नात समावेश करून त्यावर नियमानुसार आयकराची परिगणना करून आयकराची रक्कम कपात करण्यात येईल.

ठिकाण

दिनांक

कार्यालय प्रमुख  
सही व शिक्का



## अपघात प्रकरणी प्रमाणपत्र

मी \_\_\_\_\_ पदनाम \_\_\_\_\_

प्रमाणित करतो / करते कि कि अपघाताचे स्वरूप पुढील प्रमाणे आहे.

1. अपघाताचे स्थळ :

2. अपघाताची वेळ :

3. अपघाताचा दिनांक :

4. अपघाताचे कारण :

## न्यायालयीन प्रकरण

मी \_\_\_\_\_ प्रमाणित करतो / करते कि

सदर प्रकरणी न्यायलयात प्रकरण दाखल केले आहे / नाही. तसेच सदर अपघात प्रकरणी मला अथवा माझ्या कुटुंबियांना कोणत्याहीप्रकारची नुकसान नुकसान भरपाई मिळाली आहे / नाही वा सदर नुकसान भरपाईची दावा आम्ही केलेला आहे/नाही व यापुढे करणार आहे /नाही.

अर्जदार सही

ठिकाण .

दिनांक .

नाव:

पदनाम :

कार्यालय नाव :

५. शासन यु. डी. पी. एच. व एच. डी. ठराव क्र. MAG 1068/605111AP दिनांक ११-२-७१ व २९-४-७२ नुसार खालील नमूद केलेल्या औषधांवरील परिपूर्तीसाठी अनुज्ञेय आहे.

टीप :- औषधांच्या यादीतील १ ते १६ व Appliances १ व २ क्रमांकावरील औषधांसाठी खर्चाची परिपूर्ती दिनांक ११-२-७१ च्या ठरावान्वये तर १७ ते २३ क्रमांकावरील व आयुर्वेदिक औषधांवरील खर्चाची परिपूर्ती दिनांक २९-४-७२ च्या ठरावा अनुसार अनुज्ञेय आहे.

अनुज्ञेय औषधांची यादी

**List of Medicine Admissible**

1. Antibiotics capsules tablets, dusting powders, ointment etc.
2. Sedatives, Analgesics, Tranquilisers and Bypnotics and antipyretic drugs.
3. Chemothera entic drugs.
4. Parasym Patholotic and parasmpathomietic drugs.
5. Sumpatholoytic and Sumpathomietic drugs.
6. General cerebal stimulant drugs.
7. Vasodllator drugs.
8. Local Anesthetics
9. Antifungal and antiparasitic drugs, intment and dusting powder.
10. Antihistaminic drugs.
11. Vitamin preparations.
12. Hormone preparations.
13. Antitioxins, Vaccines and Sera.
14. any purgative, carminative, antiemetio or emetiodrugs and antidiarhoea drugs. Cholagogues. Antacid
15. Anticagulars.
16. Anticaroinomatous drugs.
- ✓ 17. Cardiac Glycoside and Antiarythmic Agents.
- ✓ 18. Antihypertensive Agents. *Magnesium salts*
19. Diuretics.
20. Oxytocis.
- ✓ 21. Antidiabeties and drugs for other metabolic disorder.
22. Protein Suppliments and Ontionaemics (Deleted)
- ✓ 23. Infusions and Transfusions.

ad. No  
4

आजारांची यादी

शासन निर्णय सार्वजनिक आरोग्य विभाग क्र. एमजी २००५/९/प्र.क्र.१/आ.३,दि.१९ मार्च,२००५ चे सहपत्र.

परिशिष्ट 'अ'

—: शासन विनिर्दिष्ट २७ आकस्मिक व ५ गंभीर आजारांची यादी :-

- १) हृदयविकाराचा झटका (Cardiac Emergency) प्रमशितक संहनी (Cerebral Vascular) फुफ्फुसांच्या विकाराचा झटका (Pulmonary emergency) /अॅन्जिओग्राफी चाचणी
- २) अति रक्तदाब (Hypertension)
- ३) धनुर्वात (Titanus)
- ४) घटसर्प (Diphtheria)
- ५) अपघात (Accident) आघात संलक्षण (Shock Syndrome) हृदयाशी आणि रक्तवाहिनीशी संबंधित (Cardiological and Vascular)
- ६) गर्भपात (Abortions)
- ७) तीव्र उदर वेदना/आंत्र अवरोध (Acute abdominal Pains/Intestinal Obstruction)
- ८) जोरदार रक्तस्त्राव (Severe Hemorrhage)
- ९) गॅस्ट्रो -- एन्ट्रायटिस (Gastro - Enteries)
- १०) विषमज्वर (Typhoid)
- ११) निश्चेतनावस्था
- १२) मनोविकृतीची सुरुवात (Onset of Psychiatric Disorder)
- १३) डोळ्यातील दृष्टीपटल सरकणे (Retinal Detachment In The Eye)
- १४) स्त्रीरोगशास्त्र आणि प्रसुतीशास्त्र संबंधित यांच्याशी आकस्मिक आजार (Gynaecological And Obstetric Emergency)
- १५) जननमुत्र आकस्मिक आजार (Genito -Urinary Emergency)
- १६) वायू कोथ (Gas Gangrene)
- १७) कान, नाक किंवा घसा यामध्ये विजातीय पदार्थ गेल्यामुळेनिर्माण झालेले आकस्मिक आजार (Foreign Body in Ear, Nose or Throat Emergency)
- १८) ज्यामध्ये तातडीने शस्त्रक्रिया करणे आवश्यक असते अशा जन्मजात असंगती (Congenital Anomalies Requiring urgent Surgical Intervention)
- १९) ब्रेन ट्युमर (Brain Tumour)
- २०) भाजणे (Burns)
- २१) इपिलेप्सी (Epilepsy)
- २२) अॅक्यूट ग्लॅकोमा (Acute Glaucoma)
- २३) स्पायपनस स्काॅड (मज्जारज्जू) संबंधात आकस्मिक आजार
- २४) उष्माघात
- २५) रक्तासंबंधातील आजार
- २६) प्राणी चावल्यामुळे होणारी विषबाधा
- २७) रसायनामुळे होणारी विषबाधा
- २८) कोविड

**गंभीर आजार - भाग २**

- १) हृदय शस्त्रक्रियांची प्रकरणे (Heart Surgery)
- २) हृदय उपमार्ग शस्त्रक्रिया (By Pass Surgery)
- ३) अॅन्जिओप्लास्टी शस्त्रक्रिया
- ४) मुत्रपिंड प्रतिरोपण शस्त्रक्रिया (Kidney Transplantation)
- ५) रक्ताचा कर्करोग (Blood Cancer)

\*\*\*\*\*



