



योजना एवं वास्तुकला विद्यालय, भोपाल
SCHOOL OF PLANNING AND ARCHITECTURE, BHOPAL

FA-14

रथानीय चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति हेतु प्रपत्र/ Form for claiming refund of domiciliary medical expenses

व्यक्तिगत जानकारी / Personal Details:

1	कर्मचारी का नाम एवं पद / Name and Designation of Employee	
2	वेतनमान / Pay Band and AGP/Grade Pay	
3	आवासीय पता / Residential Address	
4	1. रोगी का नाम / Name of the Patient 2. आयु एवं कर्मचारी से संबंध / Age & Relation with employee	
5	क्या मरीज कर्मचारी पर पूरी तरह निर्भर है / Whether patient fully dependent on employee	

उपचार की जानकारी / Details of Treatment:

1	परामर्श शुल्क (बिल / पावती संलग्न करें) / Consultation fee (Bill/Receipt is to be attached)	1 2 कुल / Total	
2	क्लीनिक से इंजेक्शन / Injections from Clinic: अंतः शिरा / Intra venous _____ अंतिमीय / Intra Muscular _____ अत्यवृत्तीय / Sub-cutaneous _____	प्रबंध चार्ज / Administering Charge	दवा की लागत / Cost of Medicine
3	पैथोलॉजी शुल्क / Pathology Charges टेस्ट का नाम / Name of Test		
3	(प्रमाण पत्र / बिल प्रस्तुत किया जाना है) (certificates /bills/ receipts to be furnished)	कुल / Total:	
4	बाजार से क्रय की गई दवायें / Medicines from the market दवाइयों का नाम Name of Medicine	राशि Amount	
	कुल / Total: (यदि आवश्यक हो तो सप्रेट शीट का प्रयोग करें) (use separate sheet if necessary)	कुल / Total: कुल दावा की गई राशि / Total Claim amt.	स्वीकार्य योग्य राशि Admissible Amount

कर्मचारी द्वारा प्रमाणित / Certificate by the Employee

मैं यह प्रमाणित करता हूं कि उपरोक्त लिखित जानकारी सत्य है एवं किसी भी प्रकार की त्रुटि पाये जाने पर अनुशासनिक कार्यवाही के लिये मैं स्वयं जिम्मेदार रहूंगा। / I hereby certify that the details furnished above are true, and if found to be false at any time, I shall be liable to disciplinary action.

दिनांक / Date:

कर्मचारी के हस्ताक्षर / Signature of the Employee

कार्यालय प्रयोग हेतु / For Office Use Only

दावा राशि का भुगतान / Claim passed for payment of ₹/-₹)

कार्य सहायक
Dealing Assistant

अनुभाग अधिकारी
Section Officer

उपकुलसचिव
Dy. Registrar

कुलसचिव
Registrar