



शहीद सुखदेव कॉलेज ऑफ बिजनेस स्टडीज
SHAHEED SUKHDEV COLLEGE OF BUSINESS STUDIES
(दिल्ली विश्वविद्यालय / UNIVERSITY OF DELHI)

पीएसपी एरिया-4, डॉ. केएन काटजू मार्ग, सेक्टर-16, रोहिणी, दिल्ली
PSP AREA-IV, DR. K.N. KATJU MARG, SECTOR-16, ROHINI, DELHI-110 089

कॉलेज के कर्मचारियों और उनके परिवारों के चिकित्सा परिचर्या और या उपचार के संबंध में किए गए

चिकित्सा व्यय की वापसी का दावा करने के लिए आवेदन पत्र का प्रपत्र।

Form of the Application for claiming Refund of Medical Expenses incurred in connection with Medical Attendance and or Treatment of college employees and their families.

नोट - प्रत्येक रोगी के लिए अलग प्रपत्र का प्रयोग करें / Note - Separate form should be used for each patient

1. कर्मचारी का नाम और पदनाम/ Name and designation of the employee :

(बड़े अक्षरों में) (in block letter)

i). विवाहित या अविवाहित / Married or Unmarried.

ii) यदि उस स्थान से विवाह किया हो जहां कर्मचारी की पत्नी/पति कार्यरत हैं

If married the place where wife/ Husband of the employee is employed

(जहां लागू हो) / (where applicable)

(नियोजित होने की स्थिति में प्रत्येक वित्तीय वर्ष में पहले बिल के समय पत्नी नियोक्ता/बच्चे के पति द्वारा विधिवत

प्रतिहस्ताक्षरित एक संयुक्त घोषणा प्रस्तुत की जा सकती है) (In case employed a joint declaration Duly countersigned by

the wife employer/ Husband of the child may be furnished) at the time of first bill in each financial year)

2. कर्मचारी का वेतन और अन्य परिलब्धियां जो अलग से दिखायी जानी चाहिए

Pay of the employee, and other Emoluments
which should be shown separately

3 आवासीय पता : Residential Address :

4. रोगी का नाम और कर्मचारी से उसका संबंध:

Name of the patient and his/her relationship to the employee:

नोट - बच्चों के मामले में उनकी उम्र भी बताएं। Note. - In the case of children state age also.

5. वह स्थान जहाँ रोगी बीमार पड़ा था /Place at which the patient fell ill:

6. चाहे डब्ल्यू.यू.एस., स्वास्थ्य केंद्र का सदस्य हो या नहीं।/Whether member of W.U.S. Health Center or Not.

7. दावा की गई राशि का विवरण/ Details of the amount claimed:

चिकित्सा उपस्थिति/ MEDICAL ATTENDANCE

i) परामर्श के लिए शुल्क, सहित/ Fees for consultation, including

a) परामर्श किए गए चिकित्सा अधिकारी का नाम, योग्यता और पदनाम और

अस्पताल या औषधालय जिससे संबद्ध है।

the name, qualification and designation of the medical officer
consulted and the hospital or dispensary to which attached.

b) परामर्श की संख्या और दिनांक और प्रत्येक परामर्श के लिए भुगतान शुल्क।

the number and dated of consultations and the fee paid for each consultation.

c) इंजेक्शन की संख्या और दिनांक और प्रत्येक परामर्श के लिए भुगतान शुल्क।

the number and dates of injections and the fee paid for each consultation.

d) क्या परामर्श और/या इंजेक्शन अस्पताल में चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के आवास पर लिए गए थे।
whether consultations and/or injections were had at the hospital at the consulting room of the medical officer or at the residence of the patient.

ii) बाजार से खरीदी गई दवाओं की कीमत Costs of medicines, purchased from the Market
(दवाओं की सूची, केस मेमो और आवश्यक प्रमाण पत्र संलग्न करें)
(list of medicines, case memos, and the essential certificates should be attached)

8. दावा की गई कुल राशि/Total amount claimed:

9. संलग्नकों की सूची/List of enclosures:

- 1
- 2
- 3
- 4

कॉलेज के कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित घोषणा / Declaration to be signed by the college employee

1) मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिए गए बयान मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही 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) मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि मेरे निवास से 3 किमी के दायरे में सरकार या सुपर बाजार द्वारा संचालित कोई सहकारी स्टोर/मेडिकल स्टोर नहीं है। / I also certify that there is no co-operative store/medical store run by government or Super Bazar within the radius of 3 K.M. from my residence.

दिनांक/Date.....

कर्मचारी का हस्ताक्षर
Signature of employee

प्रमाणित किया जाता है / Certified that

रिकार्ड में आवश्यक प्रविष्टियां की जा चुकी हैं/Necessary entries have been made in record.

मेडिकल रजिस्टर में पृष्ठ संख्या क्रमांक पर दर्ज किया गया। entered in the medical register on page No. Sr. No.

संबंधित सहायक
Dealing Assistant

प्राचार्य
Principal

(लेखा अनुभाग द्वारा भरे जाने के लिए)/(To be filled in by Accounts Section)

रुपये का बिल पास/ Bill passed for Rs. (रुपये/Rupees))

भुगतान किया गया चेक सं. Paid Vide cheque No. दिनांक/dated

संबंधित सहायक
Dealing Assistant

अनुभाग अधिकारी (लेखा)
Section officer (A/c)

बर्सर
Bursar

प्राचार्य
Principal