



पत्रांक : 1125 / मा0सं0एवंप्र0अनु0 / पिटकुल / पी-50

दिनांक : 05 .08.2011

विषय:-चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रकरणों के साथ संलग्न किये जाने वाले प्रपत्रों एवं उनके निस्तारण के सम्बन्ध में।

समस्त महाप्रबन्धक / उपमहाप्रबन्धक /
अधिशाली अभियन्ता,
पिटकुल, (I.T).....।

कृपया उपरोक्त विषयक चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रकरणों के निस्तारण हेतु कम्पनी सचिव, पिटकुल, के पत्रांक 473/CS/PTCUL/OM दिनांक 22.06.2011 के क्रम में निम्न प्रपत्र संलग्न कर आपको इस आशय के साथ प्रेषित किये जा रहे हैं, कि मविध्य में चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रकरणों के साथ दिये गये प्रपत्र भर कर कारपोरेट (वित्त) विभाग के सत्यापन के पश्चात सक्षम स्तर के अधिकारी द्वारा स्वीकृति प्रदान की जायेगी, तत्पश्चात सम्बन्धित आहरण एवं वितरण अधिकारी, भुगतान करते समय Payment Authority के साथ चिकित्सा प्रतिपूर्ति के मूल वाउचर, जॉच प्रपत्र, घोषणा प्रपत्र, एवं अन्य वांछित प्रपत्र को संलग्न कर भुगतान कराना सुनिश्चित करेंगे।

(i) चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति प्रकरण जॉच प्रपत्र।

(ii) माता-पिता के आश्रित होने की स्थिति में भरा जाने वाला घोषणा-पत्र-प्रपत्र-1।


संलग्न: यथोपरि।

प्रबन्ध निदेशक

पत्रांक: 1125 / मा0सं0एवंप्र0अनु0 / पिटकुल / पी-50 : तददिनांकित:

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित-

1. निजी सचिव, प्रबन्ध निदेशक, पिटकुल, 7 वी, लेन नं0 1, वसन्त विहार एन्क्लेव, देहरादून।
2. निदेशक(परि0एवं अनु0)/(परियोजना) पिटकुल, देहरादून।
3. वरिष्ठ प्रबन्धक (मा0सं0) पिटकुल, देहरादून।
4. वरिष्ठ कार्मिक अधिकारी, पिटकुल, देहरादून।
5. कट फाईल।


(एस0 के0 शर्मा)
निदेशक (मा0सं0)

धोषणा-पत्र

(यह धोषणा-पत्र पूर्ववर्ती परिषद के निर्गत आदेश 885-डब्ल्यू.सी./राविप/औस-19/94-11(4) एफ./86
दिनांक 27 अप्रैल, 1994 में निहित धोषणा पत्र)

मैं.....पदनाम..... नियुक्ति खण्ड/
मण्डल/अन्य कार्यालय..... यह धोषणा करता हूँ/करती हूँ कि
श्री/श्रीमती..... जो मेरे माता पिता हैं एवं.....
वर्ष से मेरे साथ ही रह रहे हैं तथा मेरे ऊपर पूर्णतया आश्रित हैं। यह मेरे किसी अन्य भाई/बहन अथवा अन्य परिवार के
सदस्य पर आश्रित नहीं है।

मैं यह भी धोषणा करता हूँ/करती हूँ कि मेरे माता पिता के निम्न पुत्र/पुत्रियाँ हैं तथा उनका विवरण निम्नवत है :-

नाम	आयु	व्यवसाय	इकाई जिसमें सेवारत हैं का पूरा नाम
-----	-----	---------	------------------------------------

मैं.....पदनाम..... यह भी धोषणा
करता हूँ कि माता/पिता के नाम न तो कोई मकान/जमीन है और न ही ऐसी कोई चल/अचल सम्पत्ति ही है जिससे कोई आय
होती हो और न ही उन्हें राज्य/केन्द्र सरकार अथवा अन्य किसी भी संस्थान से किसी भी प्रकार की पेंशन/परिवारिक पेंशन
अथवा आर्थिक लाभ/आय प्राप्त होती है।

मैं.....पदनाम..... इकाई.....
से दिनांक.....की सेवानिवृत्त हुआ हूँ तथा उस तिथि से मेरे ऊपर निम्न सदस्य आश्रित हैं -

क्रमांक	नाम	आयु	व्यवसाय	टिप्पणी
---------	-----	-----	---------	---------

उक्त सूचनाएं मेरी व्यक्तिगत जानकारी व विश्वास के अनुसार पूर्णतः सही हैं इनमें किसी प्रकार की यदि कोई गलत
सूचनाएं पाई जाती है तो मेरे द्वारा प्रस्तुत चिकित्सा प्रतिपूर्ति की धनराशि की वापसी हेतु मैं पूर्णतः उत्तरदायी होऊंगा और मेरे
विरुद्ध विभाग अनुशासनात्मक कार्यवाही करने हेतु स्वतंत्र हूंगा।

दिनांक..... हस्ताक्षर.....
स्थान..... नाम.....
..... पदनाम.....
..... नियुक्ति इकाई.....

श्री.....पदनाम..... द्वारा प्रेषित में
दिष्ट गये तथ्यों/विवरण से मैं पूर्णतया सहमत हूँ।

अग्रसारण अधिकारी के हस्ताक्षर.....
नाम/पदनाम.....
कार्यालय मोहर.....
दिनांक.....

टिप्पणी :- यह धोषणा पत्र सेवाक/सेवानिवृत्त कार्मिक द्वारा माता पिता के सम्बन्ध में करायी गयी चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति हेतु
प्रस्तुत किये जाने वाले दावों के साथ शपथ पत्र पर देना अनिवार्य होगा।

शिकित्सा ध्यय प्रतिपूर्ति प्रकरण जौध प्रपत्र

क्र० सं०	जौध विन्दु		प्रपत्र संलग्न हां/नहीं	प्रपत्र सही पाये भये हां/नहीं	टिप्पणी
1	2	3	4	5	6
भाग-एक सम्बन्धित खण्ड/मण्डल/जोन/कॉस्पॉरेट द्वारा भरा जायेगा					
1	अधिकारी/कर्मचारी का नाम	नाम पदनाम तैयारी स्थान			
2	रोगी का विवरण-आकर/अस्पताल के अंतर्गत/होमोर्नार्स करण से अनुसार	अस्पताल में भर्ती अस्थि-दिनांक से तक वाह्य रोगी लम्बी बीमारी बीमारी का नाम दुर्घटना/विधायी कार्य करते हुए/अपघात आकस्मिकता पर			
3	अस्पताल जहाँ उपचार कराया गया है।	1-अस्पताल का नाम 2-राजकीय/अनुमोदित/गैर अनुमोदित			
4	रोगी जिस का उपचार कराया गया।	1- स्वयं/अशक्त 2-आश्रित की आयु 3-कार्मिक से सम्बन्ध 4- आश्रित घोषणा पत्र नोट- माता-पिता से आश्रित होने की स्थिति में सम्बन्धित कार्मिक से संलग्न प्रपत्र-1 पर प्रमाण पत्र प्रस्तुत कर दिया जाये।			
5	डिस्चार्ज सर्टिफिकेट	संलग्न है/नहीं है।			
6	प्रदेश से वाहर उपचार कराये पर	1-अस्पताल का नाम व पता 2-राजकीय/प्राइवेट-अनुमोदित/गैर अनुमोदित 3-स्वेच्छा पर/सम्बन्धित करने पर 4-आकस्मिकता पर			
7	शिकित्साक द्वारा बीजको का संलग्न				
8	शिकित्सा बीजको की जांच : बीजको की संख्या एवं धनराशि	1. मातृ-जन्तिल / 75 प्रतिशत / 70 प्रतिशत / रु 10,000 तक 2. भ्रूणतान योग्य धनराशि			
9	शिकित्सा व्यय अंतिम स्वीकृत हुआ है	1-हो/नहीं 2-अंतिम धनराशि रु.			
10	नियंत्रक अधिकारी का कार्यालय सहायक/कार्यालय अधीक्षक	जांच प्रमाण पत्र एवं संस्तुति 1- अधिकारी/सचिव 2- उपमहाप्रबन्धक 3- महाप्रबन्धक			
भाग-दो (वित्त विभाग)					
11	महाप्रबन्धक (वित्त) की संस्तुति-	उपरोक्त शिकित्सा प्रतिपूर्ति दावे की संगत नियमों के अन्तर्गत जांच एवं निरीक्षण कर दिया गया है तदोपरान्त रु. की प्रतिपूर्ति करने हेतु संस्तुति सहित अग्रसारित किया जाता है। रु. लेखाधिकारी / वरिष्ठ लेखाधिकारी महाप्रबन्धक(वित्त)			
भाग-तीन मानव संसाधन एवं प्रशासनिक अनुभाग					
12	स्वीकृति हेतु निहित शिर्षक अधिकार	1-निर्देशक (मा0सं0) 2-प्रबन्ध निदेशक			

कार्यालय सहायक

कार्यालय अधीक्षक

वरिष्ठ कार्मिक अधिकारी/वरिष्ठ प्रबन्धक (मा0सं0)