

वैद्यकीय देयका सोबत सादर करवयाची कागद पत्र

- १) वैद्यकीय देयकाच्या सुरुवातीला नमूद केलेल्या कागदपत्रांची अनुक्रमणिका तसेच प्रत्येक पानावर अनुक्रमांक देणे आवश्यक आहे.
- २) वैद्यकीय देयकाची छाननी सोबत जोडलेल्या तक्त्याद्वारे आपल्यास्तरावर करण्यात यावी. नमूना ड मध्ये नमूद केलेल्या खर्च व हॉस्पिटलचे/औषधांच्या पावत्या यांचा ताक्मेळ (अनुज्ञय नसलेली रक्कम धगळण्यात यावी. व तशी खुण लाल शाईने त्या त्या बीलात करावी) जमला पाहिजे. तसेच शासन निर्णय क्र.एमएजी/२००५/९/प्र.क्र.१/आरोग्य-३,दि. १९ मार्च २००५ नुसार जेवढी रक्कम देय आहे त्या रक्कमेची परिगणना करुन स्पष्ट शिफारस करावी.
- ३) विवरणपत्र अ (सुधारित)
- ४) क व ड प्रमाणपत्र
- ५) जिल्हा शल्य चिकित्सक यांचे प्रमाणपत्र
- ६) मूळ डिस्चार्ज कार्ड
- ७) रुग्णालयात दाखल केलेल्या वॉर्डचा प्रकार नमूद केल्याचे प्रमाणपत्र (स्वतंत्र)
- ८) तातडीचे वैद्यकीय-प्रमाणपत्र (स्वतंत्र)
- ९) औषधामध्ये अन्न,टॉनिक व अल्कोहोल इत्यादिचा समावेश नसल्याबाबतचे प्रमाणपत्र
- १०) रुग्ण अवलंबत्वाचे प्रमाणपत्र
- ११) वेतन प्रमाणपत्र
- १२) अधिकारी/कर्मचारी यांनी वेद्यकीय खर्चाचे प्रतिपूर्तीचे देयक समक्ष कार्यालयास एक वर्षाच्या आत (महिना/वर्ष/दिनांक नमूद करावे) सादर केल्याचे प्रमाणपत्र जोडणे.
- १३) पती/पत्नी शासकीय किंवा निमशासकीय नोकरीत नाही किंवा नोकरीत असल्यास त्या आस्थापनेवरून वैद्यकीय देयकाची रक्कम घेतलेली नसल्याचे प्रमाणपत्र.असल्यास न्या दोघापैकी एकाने शासन निर्णय दि १८.८.१९९९ मधील परिच्छेद ६ नुसार विकल्प आणि पती/पत्नीच्या कार्यालयाकडे वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्तीची मागणी केली नसल्याबाबतचे संबंधित कार्यालयाचे प्रमाणपत्र
- १४) विहित नमुन्यात कुटुंब प्रमाणपत्र आणि रेशनिंग कार्ड सत्यप्रत तसेच दि. १ मे २००१ पूर्वी तीन पेक्षा जास्त अपत्य हयात असल्यास तसेच दि . १ मे २००१ नंतर दोन पेक्षा अधिक अपत्ये हयात असल्यास कुटुंब नियोजन शस्त्रक्रिया केल्याचे प्रमाणपत्र .
- १५) लेखा परीक्षणात वैद्यकीय देयकाच्या रक्कमेची वसूली निघाल्यास सदर रक्कम एक रक्कमी वसूल करण्याबाबतचे हमीपत्र.
- १६) वेद्यकीय देयकासोबत खर्चाच्या मूळ पावत्या स्वतंत्र कागदावर क्रमाने चिटकवून औषधासाठी खर्च केलेल्या रक्कमेची स्वतंत्र यादी करावी. पावत्याच्या पाठीमागे डॉक्टरांची स्वाक्षरी व शिक्क असणे आवश्यक.
- १७) याबाबत पूर्वी अग्रीम रक्कम घेतली होती काय, किंवा इतर सरकारी संस्था/विमा कंपनी यांच्याकडून आर्थिक मदत घेतली नसल्याबाबतचे प्रमाणपत्र
- १८) आपघातामुळे उदभवणारे वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती असेल तर पंचनामा प्रत, अपघाताची नोंद, पोलीस ठाण्यात केल्याचा (एफ.आय.आर.प्रत) व अपघात भरपाई मागणी न केल्याचा कर्मचा-याचा दाखला दयावा.
- १९) विवाहीत स्त्री कर्मचारी असेल आणि जर तिने सासू/सास-याच्या किंवा आई - वडीलांचा वैद्यकीय खर्चाच्या प्रतिपूर्तीसाठी विकल्प दिला असल्यास त्याची प्रत.
- २०) रुग्ण निवृत्ती वेतनधारक असल्यास निवृत्ती वेतन आदेशाची प्रत.
- २१) रु. ४००००/- पेक्षा जास्त रक्कमेचे वेद्यकीय देयक असल्यास दोन प्रतीत सादर करावी.
- २२) रु. ४००००/- रक्कमेवरील वेद्यकीय खर्चाच्या प्रतिपूर्ती प्रस्ताव असल्यास एक विशेष बाब म्हणून शासकीय कर्मचा-यांच्या आजरावरील झालेल्या खर्चास मान्यता देण्याबाबत आपल्या विभागाची खात्री झाल्यास योग्य समर्थन करुन / समर्थनात शासकीय कर्मचा-याची आर्थिक स्थिती, आजाराचे गांभीर्य , आजरात झालेले रुग्णाचे दुर्दैवी निधन , आजरामुळे आलेली विकलांगता इ. समावेश करुन प्रस्ताव सादर करावा.
- २३) उपरोक्त आवश्यक त्या प्रमाणपत्रावर संबंधित कार्यालय प्रमुखांची सही / कार्यालयाचा शिक्का आवश्यक आहे.

APPENDIX 'A'

Certificate granted to **Shri/ Kumar/ kumari** -----
 ----- **Wife/ Husband/ Son/ Daughter/ Mother/ Father/ Sister of** -----
 ----- **employed.**

CERTIFICATE ' A'

(To be issued in the case of patients who ; are not admitted to hospital for treatment.)

I Dr. ----- **hereby certify**

- (a) that the patient has been under treatment at -----
 Hospital. My consulting room and that the undermentioned medicines prescribed by
 me in this connection were essential for the recovery/ prevention of serious
 deterioration in the condition of the patient. The medicines prescribed are, included in
 the category of medicines which are reimbursable under Government Resolution No
 MAG 1058/50511(a)-P, dated the 9th 1972, and Government Resoultion No MAG-1072-
 60072/S, dated 24th September, 1978 and are not stocked in the
 (Name of the Hospital) ----- for supply to patients
 and do not include proprietary preparation for which cheaper substances of equal the
 reputeic value areavailable for preparations which are primarily foods, tonics or
 disinfectants.**

Sr. No.	Name of the medicines applications and their category No.	Qty. Per Day	Total Qty.	Cost. Medicines.

- (b) that the patient is /was suffering from -----
 and is / was under my treatment from ----- to -----**

- (c) that the patients is / was not given prenatal or postnatal treatment.**

- (d) that the X-ray, laboratory tests for which an expenditure of Rs.-----
 Was incurred were necessary and were necessary and were
 undertaken on my advice at**

(Name of Hospital or Laboratory)

- (e) that the patient did not require hospitalisation**

**Name Signature & Designation of
 the Medical Officer**

Place

Date / / 20

**Name of Hospital/ Dispensary etc.
 To which attached / (with Stamp.)**

परिशिष्ट - ३

जोडपत्र - ब.

----- येथे नोकरीस असलेल्या व
श्री./श्रीमती ----- यांच्या पत्नी/ पती/ मुलगा/
मुलगी/ वडील/ आई असलेल्या श्री./ श्रीमती/ कुमार/ कुमारी ----- यांना
पुढील प्रमाणे प्रमाणपत्र देण्यांत येत आहे.

प्रमाणपत्र -ब

(उपचाराकरिता रुग्णालयात दाखल करण्यांत आलेल्या रुग्णाच्या बाबतीत द्यावयाचे
रुग्णालयातील त्या प्रकारच्या प्रभारी वैद्यकीय अधिका-याने यावर स्वाक्षरी करावी.)

मी, डॉ. ----- याद्वारे असे प्रमाणिक करतो की,
अ) हया रुग्णास माझ्या / डॉ. ----- (वैद्यकीय
अधिका-याचे नांव व पदनाम) यांच्या सल्ल्यावरून रुग्णालयात दाखल करण्यांत आले होते.

ब) हा रुग्ण ----- येथे उपचार घेत असून
रुग्णास बरे वाटण्यास / त्याची स्थिती अधिक खालावू नये याकरिता याबाबतीत मी लिहून दिलेली खाली
उल्लेखिलेली औषधे अत्यावश्यक होती. विहित केलेली औषधेही या प्रमाणपत्रासोबत जोडलेल्या जोडपत्र - एक/
जोडपत्र - दोन/ जोडपत्र- तीन च्या शा.नि.क्र. एमएस -१०६८/६०५११/(ए) पी दिनांक ११-२-१९७१ क्रमांक
एमजी-१०७-६००६२/एस, दिनांक २९-४-७२ व शा.नि.क्र. एमजी-१०७-००७२/एसए दिनांक २९-४-७२ व
शा.नि.क्र. एमजी-१०७२/६००७२-एस, दिनांक २४-९-७३ मध्ये औषधांच्या प्रवर्गात समाविष्ट करण्यांत आली
असून रुग्णांना पुरवठा करण्याकरिता या रुग्णालयातील साठयात ही औषधे उपलब्ध नाहीत व यामध्ये त्याच्या
करिता समान उपचार शास्त्रीय मूल्य असणारे (रोग निवारण करण्याची तितकीच क्षमता असणारे / अधिक
स्वस्त पदार्थ उपलब्ध आहेत अशा दुकानातच तयार करून मिळणा-या औषधांचा तसेच मूळत; अन्नपदार्थ, शक्ती
वर्धके किंवा जंतुनाशके यांचा समावेश होत नाही.)

अ.नं.	औषधांचे /उपयंत्रांचे नांव व त्याचा प्रवर्ग क्रमांक	रररोजचे प्रमाणे	एकूण आवश्यक असलेले प्रमाणे
१			
२			
३			
४			
५			
६			

(क) रुग्णास ----- हा आजार असून/ होता व -----
पासून ----- पर्यंत मी त्याच्यावर / तिच्यावर उपचार करत आहे/ होती.

(ड) क्ष-किरण चाचण्या, प्रयोगशाळा चाचण्या इत्यादीकरिता रु. ----- इतका खर्च
करण्यांत आला व तो करणे आवश्यक होते. माझ्या सल्ल्यावरून -----
(रुग्णालयाचे किंवा प्रयोगशाळेचे नांव) येथे त्या चाचण्या करण्यांत आल्या.

ठिकाण

दिनांक / / २०

वैद्यकीय अधिका-याचे नांव -----

स्वाक्षरी, पदनाम आणि रुग्णालयाचे नांव व शिक्का.

परिशिष्ट – चार

नमूना “क”

तातडीच्या वैद्यकीय उपचारासाठी कर्मचा-याला द्यावयाचे खर्चाचे
प्रमाणपत्र.

(उपचार करणा-या खाजगी व्यवसायीने द्यावयाचे.)

याद्वारे असे प्रमाणित करण्यांत येते की, -----
----- येथे ----- या पदावर नोकरीस
असलेल्या व -----या पत्यावर
राहणा-या श्री./ श्रीमती ----- याची /यांचा/पत्नी/ पती/
मुलगा/ मुलगी/ वडील/ आई/ भाऊ/ बहिण श्री./श्रीमती -----
यांच्यावर /हिच्यावर दिनांक / /२० ते / /२० पर्यंत तातडीन उपचार करण्याची
गरज असलेला रुग्ण म्हणून ----- यांनी
पुढील उपचार केले होते. -----
पुढील तक्रारी करिता -----

दिसून आलेली प्रमुख लक्षणे -----

आवश्यक ती तातडीची तपासणी व तिचे निष्कर्ष -----

रोग निदान -----

उपचाराकरिता झालेला एकूण खर्च (जोडपत्र “ड”) रुपये ----- इतका होता व
त्याचा तपशील नमूना “ड” मध्ये देण्यात आला आहे. याद्वारे असे प्रमाणित करण्यांत येते की, तातडी-
च्या उपचारानंतर रुग्णाला पुढील उपचाराकरिता प्राधिकृत देखभाल अधिका-यास भेटण्याचा सल्ला देण्यात
आला होता.

दिनांक / / २०

स्वाक्षरी

ठिकाण.

डॉक्टरांचे नांव

नोंदणी क्रमांक

रुग्णालयाचे नांव

परिशिष्ट - पाच

नमूना "ड"

खाजगी रुग्णालयात तातडीच्या उपचार करण्यांत आलेल्या कर्मचा-याकरिता करण्यांत आलेल्या खर्चाचे तपशीलवार प्रमाणपत्र.

(उपचार करणा-या डॉक्टरांनी भरावयाचे व जोडपत्र "क" ला जोडावयाचे)

रुग्णाचे नांव -----

रुग्णालयात दाखल केल्याची तारीख / / २०

रुग्णालयातून घरी पाठविल्याची तारीख / / २०

रुग्णालयाचा नोंदणी क्रमांक -----

अ) १) सल्ला -----

२) दररोज रु. ----- या दराने दिनांक / / २० पासून दिनांक / / २०

पर्यंत एकूण ----- दिवसाचा रुग्णालयात ठेवल्याचा खर्च -----

३) शस्त्रक्रियांवरील खर्च . -----

४) शस्त्रक्रियागारात केलेला खर्च -----

५) बधिरीकरणावरील खर्च -----

६) दिलेल्या भेटी -----

अ) प्रत्येक भेटीसाठी (व्हिजीट)रु. ----- या पंमाणे नेहमीच्या भेटींची संख्या -----

ब) प्रत्येक भेटीसाठी (व्हिजीट)रु. ----- या पंमाणे विशेष भेटींची संख्या -----

----- या डॉक्टरांकडे जितक्या वेळा पाठविले ती संख्या -----

१) डॉक्टर ----- यांच्याकडे दर भेटीसाठी (व्हिजीट) रु. -----

या दराने जितक्या वेळा पाठविले ती संख्या -----

२) डॉक्टर ----- यांच्याकडे दर भेटीसाठी (व्हिजीट) रु. -----

या दराने जितक्या वेळा पाठविले ती संख्या -----

७) दररोज रुपये ----- या दराने ----- दिवस इन्क्यूबेटरचा वापर केला.

८) दररोज रुपये ----- या दराने ----- दिवस मॉनिटरचा वापर केला.

९) तपासण्या अ) विकृतीचिकित्सा (पॅथॉलॉजी प्रयोगशाळा) -----

ब) क्ष किरण छायाचित्रे -----

क) प्रत्येक छत्स्पंद विद्यतलेखासाठी (ईसीजी) रुपये ----- प्रमाणे छत्स्पंद विद्यूत

लेखाचा खर्च -----

ड) इतर -----

ब) औषधे -

अ.क्र.	औषधांचे नांव	औषधांची किंमत
	एकूण रुपये	
	एकूण रुपये अ + ब	

सही व शिक्का

Name of the Hospital
(Stamp)

EMERGENCY CERTIFICATE

No.-----

Date : / / 20

This is to certify that,

Mr. Mrs.

Is under my treatment from

He/ She is suffering from

.....

Hr/She was admitted to this Hospital from to

as an EMERGENCY CASE.

Drugs prescribed to this patient do not contain food. Alcohol or tonic.

Signature of the Doctor.
(with Stamp)

रुग्णालयातील वास्तव्याचा दाखला

रुग्णाचे नांव -----

आजाराचा कालावधी ----- ते-----

रुग्ण क्रमांक -----

दवाखान्याचे नांव -----

अ.क्र.	वास्तव्याचा प्रकार	दिवस	दर	एकूण
१	जनरल वॉर्ड (सर्वसामान्य कक्ष)			
२	जनरल वॉर्डच्या (सर्वसामान्य कक्ष) बाजूस बाथरूम नसलेला कक्ष			
३	बाथरूमसह स्वतंत्र कक्ष			
४	बाथरूमसह डबल बेड कक्ष			
५	बाथरूमसह वातानुकूलित कक्ष			
	एकूण			

ठिकाण -

वैद्यकीय अधिकारी
(हॉस्पिटलचा शिक्का)

परिशिष्ट १

कर्मचारी आणि त्यांचे कुटुंबीय यांची वैद्यकीय देखभाल आणि/किंवा उपचार यांच्या संबंधात करण्यात आलेल्या वैद्यकीय खर्चाच्या परताव्याची मागणी करण्याकरिता करावयाच्या अर्जाचा नमुना (टीप-प्रत्येक रुग्णाकरिता स्वतंत्र नमुना वापरावा.)

१	कर्मचाऱ्याचे नांव व पदनाम (ठळक अक्षरात)	
२	कर्मचारी ज्या कार्यालयात नोकरीस आहे त्या कार्यालयाचे नांव	
३	वित्तीय नियमान्वये व्याख्या केल्याप्रमाणे कर्मचाऱ्याचे वेतन आणि इतर वित्तलब्धी स्वतंत्रपणे दर्शविण्यात याव्यात.	
४	कामाचे ठिकाण	
५	प्रत्यक्ष निवासस्थानाचा पत्ता	
६	रुग्णाचे नाव व कर्मचाऱ्याशी त्याचे/तिचे नाते टीप- मुलांच्या बाबतीत वयसुद्धा नमूद करावे.	
७	ज्या ठिकाणी रुग्ण आजारी झाला असेल ते ठिकाण	
८	आजाराचे स्वरूप व कालावधी	
९	मागणी केलेल्या रकमेचा तपशील	
वैद्यकीय देखभाल-		
१) रोग लक्षणासाठी सल्ला देण्याची फी द्यावी.		
अ	ज्या वैद्यकीय अधिकाऱ्याचा सल्ला घेतला असेल त्याचे नांव व पदनाम आणि ज्या रुग्णालयाशी किंवा दवाखान्याशी तो संबंधीत असेल त्या रुग्णालयाचे किंवा दवाखान्याचे नांव	
ब	किती वेळा सल्ला घेण्यात आला ती संख्या आणि त्यांच्या तारखा आणि प्रत्येक सल्ल्यासाठी दिलेली फी	
क	रुग्णालयाच्या वैद्यकीय अधिकाऱ्याच्या रोगचिकित्सा कक्षात (कन्सल्टिंग रुम) सल्ला घेण्यात आला की, रुग्णाच्या निवासस्थानी सल्ला घेण्यात आला ते नमूद करावे.	
२) रोग निदान करताना करण्यात आलेल्या विकृती चिकित्सा-विषयक, अणुजीव शास्त्रीय, क्ष-किरण शास्त्रीय किंवा इतर तत्सम चाचण्यांसाठी आकारण्यात आलेली फी, त्यामध्ये पुढील गोष्टी नमूद कराव्यात.		
अ	ज्या रुग्णालयात किंवा प्रयोगशाळेत चाचण्या घेण्यात आल्या होत्या त्या रुग्णालयाचे किंवा प्रयोगशाळेचे नाव	
ब	प्राधिकृत वैद्यकीय देखभाल अधिकाऱ्याच्या सल्ल्याने चाचणी घेण्यात आलेली होती किंवा कसे ? घेण्यात आली असेल तर तशा अर्थाचे प्रमाणपत्र सोबत जोडावे.	
३)	बाजारातून खरेदी केलेल्या औषधांचा खर्च (औषधांची सूची व रोखीच्या पावत्या जोडण्यात याव्यात.)	

विशेषज्ञांचा सल्ला घेणे.

विशेषज्ञाला किंवा प्राधिकृत वैद्यकीय देखभाल अधिकाऱ्याव्यतिरिक्त एखाद्या अन्य वैद्यकीय अधिकाऱ्याला देण्यात आलेली फी, त्यामध्ये पुढील गोष्टी दर्शविण्यात याव्यात.

अ	ज्याचा सल्ला घेण्यात आला असेल त्या विशेषज्ञाचे किंवा वैद्यकीय अधिकाऱ्याचे नाव, पदनाम व तो ज्या रुग्णालयाशी संलग्न असेल त्या रुग्णालयाचे नाव	
ब	किती वेळा सल्ला घेण्यात आला ती संख्या व जेव्हा सल्ला घेण्यात आला ती तारीख व प्रत्येक सल्ल्यासाठी आकारण्यात आलेली फी	
क	सल्ला रुग्णालयात किंवा विशेषज्ञांच्या किंवा वैद्यकीय अधिकाऱ्यांच्या रोगचिकित्सा कक्षात (कन्सल्टिंग रुम) किंवा रुग्णाच्या निवासस्थानी घेण्यात आला होता किंवा कसे ?	
ड	त्या प्रांताच्या मुख्य प्रशासकीय वैद्यकीय अधिकाऱ्याच्या पूर्व मान्यतेने व सल्ल्याने विशेषज्ञाचा किंवा वैद्यकीय अधिकाऱ्याचा सल्ला घेण्यात आला होता किंवा कसे ? तसा सल्ला घेण्यात आला असेल तर तशा अर्थाचे प्रमाणपत्र जोडण्यात यावे.	
१०	मागणी केलेली एकूण रक्कम	
११	सहपत्रांची यादी	
१२	कुटुंबातील व्यक्तींची संख्या म्हणजेच १५ ऑगस्ट, १९६८ रोजी आणि त्यानंतर जिवंत असलेली मुले	

कर्मचाऱ्याने सही करून द्यावयाचे प्रतिज्ञापत्र

मी याद्वारे जाहीर करतो की, या अर्जामध्ये केलेली निवेदने माझ्या संपूर्ण माहितीप्रमाणे व विश्वासाप्रमाणे खरी असून ज्या व्यक्तीवर वैद्यकीय खर्च करण्यात आला ती व्यक्ती पूर्णपणे माझ्यावर अवलंबून आहे.

कर्मचाऱ्याची सही
(कर्मचारी) ज्या कार्यालयाशी संबंधित आहे
त्या कार्यालयाचे नाव

उपसचिव, शालेय शिक्षण विभाग, मंत्रालय, विस्तार भवन, मुंबई यांचेकडील पत्र क्र.संकिर्ण-१०९८/(३४७)/माशि-१०, दि.१०/७/९८ अन्वये सुधारित.

विवरण प्रपत्र अ (सुधारीत)

१	रुग्णाचे नांव, नोकरी व व्यवसायाचे ठिकाण	
२	शासकीय कर्मचाऱ्याशी असलेले नाते (महाराष्ट्र राज्य सेवा (वैद्यकीय देखभाल) नियम १९६१ मधील नियम २ (३) नुसार कुटुंब संज्ञेत येतो किंवा कसे)	
३	शासकीय कर्मचाऱ्याचे पदनाम, कार्यालय इ.	
४	आजाराचा प्रकार	
५	रुग्णालयाचे नांव	
६	सदर आजारावरील उपचारासाठी रुग्णालय शासकीय मान्यताप्राप्त आहेत किंवा कसे, (शासन निर्णय नमूद करावा)	
७	रुग्णाच्या उपचाराचा कालावधी	
८	शस्त्रक्रिया झाली असल्यास शस्त्रक्रियेचा दिनांक नमूद करावा.	
९	आंतररुग्ण व बाह्यरुग्ण कालावधी वेगवेगळा दाखवावा.	
१०	आजारावरील खर्चाच्या प्रतिपूर्तीसाठी नियम काय आहे ? (शासन निर्णय नमूद करावा.)	
११	आजाराबाबत संबंधित डॉक्टरांचे प्रमाणपत्र-क जोडले आहे काय ?	
१२	आंतररुग्ण, बाह्यरुग्ण सेवेचा खर्च वेगवेगळा दाखवावा.	
१३	आजारावरील पूर्ण खर्च देय आहे किंवा विहित टक्केवारीनुसार देय आहे. (नियम नमूद करावा.)	
१४	टॉनिक, शक्तीवर्धक इ. खर्च वगळण्यात आला आहे काय ?	
१५	प्रवास खर्च वगळण्यात आला आहे काय ?	

१६	सदर खर्चात यंत्रे, उपकरणे इ. साधनसामुग्रीवरील खर्चाचा अंतर्भाव आहे काय, असल्यास शासन निर्णय सार्वजनिक आरोग्य विभाग क्र.एमएजी-१०८०/४९०७/पीए-९, दि.२३/६/९६ परिच्छेद-४ अन्वये संबंधित रुग्णालयाचे प्रमाणपत्र सादर केले आहे काय ?	
१७	उपचाराची कागदपत्रे सोबत जोडली आहेत काय ?	
१८	खर्चाची मूळ देयके सादर केली आहेत काय ?	
१९	आवश्यक त्या फॉर्ममध्ये माहिती देण्यात आली आहे काय ?	
२०	कुटुंब मर्यादित आहे काय, त्याबद्दलचे होय प्रमाणपत्र जोडले आहे काय ?	
२१	उपचार संपल्यावर विहित मुदतीत अर्जदाराने प्रकरण सादर केले आहे काय ?	
२२	कर्मचाऱ्यांना वैद्यकीय भत्ता मिळत होता काय ?	
२३	कर्मचाऱ्याची शाळा अनुदानित किंवा विनाअनुदानित आहे याबाबत खुलासा करावा.	
२४	उपचाराच्या खर्चाच्या मंजूरीस मर्यादा आहे काय ?	
२५	प्रस्तावासोबत सादर केलेल्या कागदपत्रांची यादी.	
२६	कागदपत्रांच्या त्रुटीची पूर्तता केली आहे काय ?	
२७	खर्चाची रक्कम २० हजारापेक्षा जास्त असल्यास देयक खास बाब म्हणून मंजूर करण्यासाठी समर्थन	
२८	इतर माहिती (उदा. सिव्हील सर्जनचे प्रमाणपत्र, हमीपत्र, कुटुंब प्रमाणपत्र, खर्चाचे प्रमाणपत्र, इमर्जन्सी दाखला)	
२९	अभिप्राय	

कर्मचाऱ्याची सही-

- खर्चाचे प्रमाणपत्र -

कर्मचार्याचे नांव :-

हुद्दा : ----- कार्यालयाचे नांव : शिक्षण उपसंचालक, पुणे विभाग, पुणे-४११००१.

रुग्णाचे नाव : -----

नाते : -----

सत्य प्रतिज्ञेवर प्रमाणित करतो की, मी/माझे ----- हे माझेवर अवलंबून

असून त्यांच्या आजारपणासाठीचा, औषधोपचाराचा व हॉस्पिटलचा सर्व खर्च मी स्वतः केला आहे.

स्थळ : पुणे.

दिनांक : --/--/२०

कर्मचार्याची सही

कुटुंब प्रमाणपत्र -

कार्यालयाचे नांव :- शिक्षण उपसंचालक, पुणे विभाग, पुणे-४११००१.

१) प्रमाणित करण्यात येते की, -----यांना १५/८/६८ पूर्वी -- -मुले-मुली व १५/८/६८ नंतर तीन मुले-मुली आहेत.

२) कर्मचार्यांना देण्यात येणाऱ्या वैद्यकीय खर्च प्रतीपूर्ती सवलत संबंधातील नियमानुसार अनुज्ञेय असलेल्या सवलती मिळण्यास ते पात्र आहेत / नाहीत.

३) संतती नियमन शस्त्रक्रिया दि. - / - /२० रोजी करण्यात आलेली असून सोबत प्रमाणपत्र जोडले आहे.

- संबंधित कर्मचार्याच्या घरातील व्यक्तींची माहिती -

अ.नं.	कुटुंबातील व्यक्तीचे नाव	नाते	जन्मतारीख	व्यवसाय	कर्मचार्याची सही
१					
२					
३					
४					
५					

स्थळ : पुणे.

दिनांक : ---/---/२०

कर्मचार्याची सही

मेडिकल क्लेम संदर्भातील दाखला

रुग्णाचे नांव-

हे शासकीय / खाजगी सेवेत नाहीत तसेच त्यांना कोणत्याही प्रकारची पेन्शन / इतर आर्थिक उत्पन्न मिळत नाही हे

सत्य प्रतिज्ञेवर लिहून देत आहे. त्यांची सर्वस्वी जबाबदारी श्री. -----

यांचेवर अवलंबून आहे.

दिनांक : / / २०

कर्मचार्याची सही
कर्मचार्याचा नाव व पत्ता

कार्यालयाचे नाव-

कोड नं.-

- हमीपत्र -

मी - ----- -- सत्यप्रतिज्ञेवर लिहून देतो की, सदरचे वैद्यकीय प्रतिपूर्ती
संबंधातील बिल लेखा परिक्षणात नामंजूर करण्यात आल्यास त्याचे वसुलीच्या रकमेची एक रकमी भरपाई करून
देईन.

दिनांक : --- / --- / २०

कर्मचार्याची सही

कार्यालयाचे नांव- शिक्षण उपसंचालक, पुणे विभाग, पुणे-४११००१.

वैद्यकीय खर्चाच्या प्रतिपूर्तीसाठी अग्रिम न घेतल्याचे प्रमाणपत्र

मी ----- पदनाम सहा.अधिक्षक सत्य प्रतिज्ञेवर लिहून देतो की, स्वतः यांचेवरील वैद्यकीय उपचारासाठी मी संस्था / विमा कंपनी किंवा इतरांकडून रक्कम, शासन अग्रिम घेतलेले नाही. तसेच माझ्या इतर नातेवाईकांनी देखील सदर वैद्यकीय खर्चाच्या प्रतिपूर्तीसाठी क्लेम केलेला नाही.

दिनांक : ---- / ---- /२०

कर्मचाऱ्याची सही

कार्यालयाचे नांव-

कर्मचाऱ्यावर रुग्ण अवलंबून असल्याबाबतचे हमी पत्र

कर्मचाऱ्याचे नांव- -----

रुग्णाचे नांव- -----

कर्मचाऱ्याचे रुग्णाशी नाते- -----

मी सत्य प्रतिज्ञेवर लिहून देतो की----- हे सर्वस्वी माझ्यावर अवलंबून आहेत. तसेच ते कोणत्याही शासकीय / खाजगी सेवेत नाहीत. त्यांना कोणत्याही प्रकारची पेन्शन / इतर आर्थिक उत्पन्न मिळत नाही.

दिनांक : ----/----/२०

कर्मचाऱ्याची सही