**वैद्यकीय खर्चीची परिगणना**

संदर्भ : सार्वजनिक आरोग्य विभाग, मंत्रालय, मुंबई

शासन निर्णय, क्रमांक ए‌मएजी. २००५ / ९ / प्र. क्र. १ / आरोग्य-३, दिनांक १९ मार्च २००५ प्रमाणे.

|  |  |
| --- | --- |
| कर्मचाऱ्याचे नाव |  |
| रुग्णाचे नाव |  |
| रुग्णालयातील वास्तव्याचा काळ |  |
| रुग्णालयाचे नाव |  |
| आजाराचे नाव |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| अ. क्र.  (१) | तपशील  (२) | एकूण खर्च  (३) |
| १. | एकूण खर्च |  |
| २. | ना-देय खर्च |  |
| ३. | प्रत्यक्ष खर्च (१-२) |  |
| ४. | प्रत्यक्ष खर्चापैकी वास्तव्याचा (Bed Charges) |  |
| ५. | प्रत्यक्ष खर्चापैकी औषधोपचाराचा खर्च (३-४) |  |
| ६. | औषधोपचारासाठी अनुज्ञेय खर्चाचे प्रमाण  (औषधोपचारावरील प्रत्यक्ष खर्चापैकी प्रतीपुर्तीचे प्रमाण ९०%)  (शासनमान्य रुग्णालयातील औषधोपचाराच्या खर्चाची १००% प्रतिपूर्ती) |  |
| ७. | रुग्णालयात वास्तव्याचे दिवस |  |
| ८. | वास्तव्यासाठी केलेला खर्च |  |
| ९. | रुग्णालयातील वास्तव्यासाठी अनुज्ञेय खर्चेचे प्रमाण - |  |
|  | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | अ. क्र. | वास्तव्याचा प्रकार | प्रत्यक्ष खर्च | अनुज्ञेय रक्कम | देय रक्कम | | १. | जनरल वार्ड (सर्वसामान्य कक्ष) |  | ९५% |  | | २. | जनरल वार्डच्या (सर्वसामान्य कक्षच्या) बाजूने बाथरूम नसलेला कक्ष |  | ९०% |  | | ३. | बाथरूमसह स्वतंत्र कक्ष |  | ७५% |  | | ४. | बाथरूमसह डबलबेड कक्ष |  | ७५% |  | | ५. | बाथरूमसह वातानुकूलित कक्ष (विमान प्रवास सवलत अनुज्ञेय असलेल्या कर्मचाऱ्यासाठी) |  | ७५% |  | | ६. | अतिदक्षता कक्ष |  | १००% |  | |  | वास्तव्यापोटी एकूण देय रक्कम= | | |  | |  |
| १०. | एकूण देय खर्च (६÷९) |  |

स्वाक्षरी :

( नाव: )

पदनाम:

कार्यालय

P4

अर्जदाराचे नाव :

दिनांक :

प्रति,

विषय : वैद्यकीय खर्चाच्या देयकाबाबत.

महोदय,

मी .......................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................... येथे सध्या कार्यरत आहे.

मी / माझे नातेवाईक ..............................................................................................

................................................................................................................... हिस / ह्यास बाबतचे वैद्यकीय देयक खर्चासाठी आपल्याकडे सादर करीत आहे. तरी सदरचे वैद्यकीय देयक पारित होणेस नम्र विनंती.

आपला विश्वासू,

( )

अर्जदाराचे नाव व स्वाक्षरी,

पदनाम :

कार्यालयाचे नाव :

P5

**परिशिष्ट – एक**

राज्य शासकीय कर्मचारी आणि त्यांचे कुटुंबीय यांची वैद्यकीय देखभाल आणि / किंवा उपचार यांच्या संबधात करण्यात आलेल्या वैद्यकीय खर्चाच्या परताव्याची भागणी करण्याकरिता करावयाच्या अर्जाचा नमुना.

टीप : प्रत्येक रुग्णाकरिता स्वतंत्र नमुना वापरावा.

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

(१) शासकीय कर्मचाऱ्याचे नाव व पदनाम (ठळक अक्षरात) : अमोल शरदचंद्र चौधरी.

अधिव्याख्याता संगणक.

(२) कर्मचारी ज्या कार्यालयांत नोकरीस आहे त्या : शासकीय तंत्रनिकेतन, जळगाव.

कार्यालयाचे नाव.

(३) वित्तीय नियमांमध्ये व्याख्या केल्याप्रमाणे शासकीय :

कर्मचाऱ्याचे वेतन आणि इतर वित्तलब्धीस्वतंत्रपणे

दर्शविण्यात याव्यात.

(४) कामाचे ठिकाण : जळगाव.

(५) प्रत्यक्ष निवास्थानाचा पत्ता : प्लॉट क्र. ०८, सदनिका क्र. ०५,

सेजल हाईट ,देवेंद्र नगर, जळगाव.

(६) रुग्णाचे नाव आणि शासकीय कर्मचाऱ्याशी :

त्याचे / तिचे नावे.

टीप: मुलांच्या बाबतीत वयसुद्धा नमूद करावे.

(७) ज्या ठिकाणी रुग्ण आजारी झाला असेल ते ठिकाण : जळगाव.

(८) आजाराचे स्वरूप व कालावधी :

(९) मागणी केलेल्या रकमेचा तपशील, वैद्यकीय

अधिकारी देखभाल –

(एक) रोगलक्षणासाठी सल्ला देण्याची फी द्यावी –

(अ) ज्या वैद्यकीय अधिकाऱ्याचा सल्ला :

घेतला असेल त्याचे नाव, पदनाम

आणि ज्या रुग्णालयाशी किंवा

दवाखान्याशी तो संबधित असेल तर

रुग्णालयाचे, दवाखान्याचे नाव.

(ब) किती वेळा सल्ला घेण्यात आला ती :

संख्या आणि त्याच्या तारखा आणि

प्रत्येक सल्यासाठी दिलेली फी.

(क) रुग्णालयाच्या वैद्यकीय अधिकाऱ्यांच्या :

रोगाचिकीत्सा कक्षात (कन्सल्टिंग रूम)

सल्ला घेण्यात आला ते नमूद करावे.

P6

(दोन) रोग निदान करताना करण्यात आलेल्या त्या

विकृति चीकीत्साविषयक, अनुजीवशास्त्रीय,

क्ष-किरणशास्त्रय 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 आली होती किवा घेण्यात

आली असेल तर तशा अर्थाचे

प्रमाणपत्र सोबत जोडावे.

(तीन) बाजारातून खरेदी केलेल्या औषधांचा खर्च :

(औषधांची सूची व रोखीच्या पावत्या

जोडण्यात याव्यात, विशेषज्ञातला किंवा

प्राधिकृत वैद्यकीय देखभाल अधिकार्यां-

व्यातिरिक्त एखाद्या अन्य वैद्यकीय

अधिकाऱ्याला देण्यात आलेली फी, त्यामध्ये

पुढील गोष्टी दर्शविण्यात याव्यात)-

(अ) ज्याचा सल्ला घेण्यात आला असेल :

त्या विशेषज्ञाचे किंवा वैद्यकीय

अधिकाऱ्याचे नाव व पदनाम व तो

ज्या रुग्णालयाशी सलग्न असेल

त्या रुग्णालयाचे नाव.

(ब)किती वेळा सल्ला घेण्यात आला असेल :

संख्या व जेव्हा सल्ला घेण्यात आला

ती तारीख व प्रत्येक सल्ल्यासाठी

आकारण्यात आलेली फी.

(क) सल्ला रुग्णालयात किंवा किंवा विशेषज्ञाच्या :

किंवा वैद्यकीय अधिकाऱ्यांच्या रोगाचिकीत्सा

कक्षात (कन्सल्टिंग रूम) किंवा रुग्णाच्या

निवासस्थानी घेण्यात आला होता किंवा कसे?

(ड) त्या प्रांताच्या मुख्य प्रशासकीय

वैद्यकीय अधिकाऱ्यांच्या पूर्वमान्यतेने

व सल्ल्याने विशेषज्ञाचा किंवा वैध्याकीय

अधिकार्यांचा सल्ला घेण्यात आला

असेल तर तशा अर्थाचे प्रमाणपत्र.

(१०) मागणी केलेली एकूण रक्कम ;

(११) सह्पात्रांची याधी :

(१२) कुटुबातील व्याकिंची संख्या म्हणजे १६ ऑगस्त :

१९६८ रोजी आणि त्यानंतर जिवंत असलेली मुळे

(नाव व जन्मतारखा नमूद कराव्यात. तीन किंवा

तिनपेक्षा अधिक अधिक मुले असल्यास संतती

नियमन प्रमाणपत्र जोडावे).

**शासकीय कर्मचाऱ्याने सही करून द्यावयाचे प्रतिज्ञापत्र**

मी, अमोल शरदचंद्र चौधरी. अधिव्याख्याता संगणक याव्दारे जाहीर करतो / करते कि, या अर्जामध्ये केलेली निवेदने माझ्या संपूर्ण माहितीप्रमाणे व विश्वासाप्रमाणे खरी असून त्या व्यक्तींवर वैद्यकीय खर्च करण्यात आला ती व्यक्ती पूर्णपणे माझ्यावर अवलंबून आहे.

अमोल शरदचंद्र चौधरी

अधिव्याख्याता संगणक

शासकीय तंत्रनिकेतन जळगाव.

**परिशिष्ट –तीन**

प्रमाणपत्र “ब”

**शासकीय तंत्रनिकेतन जळगाव.** येथे नोकरीस असलेल्या व श्री अमोल शरदचंद्र चौधरी यांची पत्नी असलेल्या श्रीमती योगिता अमोल चौधरी यांना पुढील प्रमाणे प्रमाणपत्र देण्यात येत आहे .

प्रमाणपत्र “ब”

( उपचाराकरीता रुग्णालयात दाखल करण्यात आलेल्या रुग्णाच्या बाबतीत द्यावयाचे)

(रुग्ण्यालायातील त्या प्रकरणाच्या प्रभारी वैदयकीय अधिकाऱ्याने स्वाक्षरी करावी )

मी, डॉक्टर ---------------------------------------------------- याद्वारे असे प्रमाणित करतो की -

**(अ)** ह्या रुग्णास माझ्या /डॉ ----------------------------------------------------------------------- (वैद्यकीय अधिकाऱ्याचे नाव व पदनाम यांच्या सल्लावरून रुग्णालयात दाखल करण्यात आले होते.

**(ब)** हा रुग्ण ------------------------------------------------------------------------- येथे उपचार घेत असून रुग्णास बरे वाटण्यास / त्याची स्थिती अधिक खालावू नये याकरिता याबाबतीत मी लिहून दिलेली खाली उल्लेखिलेली ओषधे अत्यावश्यक होती .विहित केलेली औषधेही या प्रमाणपत्रासोबत जोडलेल्याजोडपत्र –एक /जोडपत्र –दोन /जोडपत्र –तीनच्या शासन निर्णय क्रमांक एमएस.१०६८ /६०५११/(ए) पी, दि ११ फेब्रुवारी १९७१, क्र.एमजी. १०७ / ६००७२-एस, दिनांक२९ एप्रिल १९७२ व शासन निर्णय क्रमांक एमएजी. १०७२-६००७२–एस दि २४ सप्टेंबर १९७३ मध्ये औषधांच्या प्रवर्गात समाविष्ट करण्यात आली असून रुग्णांना पुरवठा करण्याकरीता --------------------------------------------------------------------- (रुग्णालयाचे नाव) या रुग्णालयातील साठ्यात ही औषधे उपलब्ध नाहीत व यामध्ये ज्यांच्याकरिता समान उपचारशास्त्रीय मुल्य असणारे ( रोग निवारण करण्याची तितकीच क्षमता असणारे) अधिक स्वस्त पदार्थ उपलब्ध आहेत, अशा दुकानातच तयार करून मिळणाऱ्या औषधांचा तसेच मुलत: अन्नपदार्थ, शक्तीवर्धक किंवा जंतुनाशके यांचा समावेश होत नाही.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| अ. क्र.  (१) | औषधाचे / उपयंत्राचे नाव व त्याचा प्रवर्ग क्रमांक  (२) | दररोजचे प्रमाण  (३) | एकुण आवश्यक असलेले प्रमाण  (४) |
| १. |  |  |  |
| २. |  |  |  |
| ३. |  |  |  |
| ४. |  |  |  |
| ५. |  |  |  |

**(क)**रुग्णास ------------------------------------------------------------------ हा आजार असून /होता व ------------------- पासून --------------------- पर्यंत मी त्यांच्यावर / तिच्यावर उपचार करीत आहे / होतो.

**(ड)** क्ष- किरण चाचण्या, प्रयोगशाळा चाचण्या इत्यादिकरिता रु --------------------- इतका खर्च करण्यात आला व तो करणे आवश्यक होते . माझ्या सल्लावरून -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- (रुग्णालय किंवा प्रयोगशाळेचे नाव) येथे त्या चाचण्या करण्यात आल्या

ठिकाण : रुग्णालयातील या प्रकरणातील प्रभारी

दिनांक : अधिकाऱ्याचे नाव,स्वाक्षरी व पदनाम

आणि रुग्णालयाचे नाव व शिक्का.

**परिशिष्ट – चार**

प्रमाणपत्र ‘क’

याव्दारे असे प्रमाणित करण्यात येते की :-

**शासकीय तंत्रनिकेतन जळगाव**. येथे अधिव्याख्याता संगणक या पदावर नोकरीस असलेल्या व प्लॉट

क्र. ०८, सदनिका क्र. ०५, सेजल हाईट ,देवेंद्र नगर, जळगाव या पत्त्यावर राहणाऱ्या **श्री. अमोल शरदचंद्र चौधरी.** यांची पत्नी **श्रीमती योगिता अमोल चौधरी** हिच्यावर दिनांक **०९/०४/२०१८ पासून १७/०४/२०१८ पर्यंत** तातडीने उपचार करण्याची गरज असलेला रुग्ण म्हणून डॉ. राहुल पाटील यांनी पुढील उपचार केले होते :-

पुढील तक्रारीकरिता : ----------------------------------------------------

-----------------------------------------------------

दिसून आलेले प्रमुख लक्षण : ----------------------------------------------------

-----------------------------------------------------

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

-----------------------------------------------------

रोगनिदान : ----------------------------------------------------

-----------------------------------------------------

उपचारकरिता झालेला एकूण खर्च (जोडपत्र – ‘ड’) \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_\_ \_ इतका होता व त्याचा तपशील नमुना ‘ड’ मध्ये देण्यात आला आहे. याव्दारे असे प्रमाणित करण्यात येते की, तातडीच्या उपचारानंतर रुग्णाला पुढील उपचाराकरिता प्राधिकृत वैद्यकीय देखभाल अधिकाऱ्यास भेटण्याचा सल्ला देण्यात आला होता.

दिनांक : स्वाक्षरी :-

ठिकाण : डॉक्टरांचे नाव :-

नोंदणी क्रमांक :-

रुग्णालयाचे नाव :-

**परिशिष्ट – पाच**

प्रमाणपत्र ‘ड’

खाजगी रुग्णालयातील तातडीचे उपचार करण्यात आलेल्या

शासकीय कर्मचाऱ्याकरिता करण्यात आलेल्या खर्चाचे (तपशीलवार) प्रमाणपत्र.

( उपचार करणाऱ्या डॉक्टरने भरावयाचे व जोडपत्रक ‘क’ ला जोडावयाचे )

रुग्णाचे नाव : श्रीमती योगिता अमोल चौधरी

रुग्णालयात दाखल केल्याची तारीख : ०९/०४/२०१८

रुग्णालयातून घरी पाठवल्याची तारीख : १७/०४/२०१८

रुग्णालयाचा नोंदणी क्रमांक :

[अ] १. सल्ला

२. दररोज रुपये ------------------------------------------------ या दराने

दिनांक ------------------------ पासून ---------------------------

पर्यंत एकूण --------- दिवसाचा रुग्णालयात

ठेवल्याचा खर्च.

३. शस्त्रक्रियेवरील खर्च : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

४. शस्त्रक्रियागारात केलेला खर्च : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

५. बधिरीकरणावरील खर्च : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

६. दिलेल्या भेटी (व्हिजिटस्)

(अ) प्रत्येक भेटीसाठी (व्हिजिट) रुपये ------------- :

या प्रमाणे नेहमीच्या भेटींची संख्या.

(ब) प्रत्येक भेटीसाठी (व्हिजिट) रुपये --------------- :

प्रमाणे विशेष भेटीसाठी रुग्णाला ---------------

या डॉक्टरांकडे जितक्या वेळा पाठवले ती

संख्या.

डॉक्टर ------------------------------------ यांच्याकडे :

दर भेटीसाठी (व्हिजिटला) रपये ---------------

या दराने जितक्या वेळा पाठवले ती संख्या.

डॉक्टर ------------------------------------ यांच्याकडे :

दर भेटीसाठी (व्हिजिटला) रपये ---------------

या दराने जितक्या वेळा पाठवले ती संख्या.

.

७.दररोज रुपये --------------------- या दराने :

------------------------ दिवस इन्क्युबेटरचा वापर केला.

८.प्रतिदिनी रुपये ------------ या दराने :

------------------------ दिवस मॉनिटरचा वापर केला.

९. तपासण्या (अ) विकृतीचिकित्सा :

(पॅथॉलॉजी) प्रयोगशाळा.

(ब) क्ष-किरण छायाचित्रे :

(क) प्रत्येक छ्तसंद विद्युत- :

लेखासाठी (ईसीजी) रुपये

----------------------- प्रमाणे

छतसंद विद्युतलेखाचा खर्च.

(ड) इतर :

[ब] औषधे –

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| अ. क्र. | औषधांचे नाव | औषधांची किंमत  ( रुपये पैसे ) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | एकूण =  एकूण बेरीज (अ + ब) = |  |

**प्रमाणपत्र**

असे प्रमाणित करण्यात येते की, श्रीमती योगिता अमोल चौधरी ही गंभीररित्या आजारी असल्या कारणाने त्यांना अतितात्काळ रित्या रुग्णालयात दाखल करण्यात आले होते.

सही :-

डॉक्टरांचे नाव :-

नोंदणी क्रमांक :-

शिक्का :-

**प्रमाणपत्र**

असे प्रमाणित करण्यात येते की, श्रीमती योगिता अमोल चौधरी

यांना या रुग्णालयात अतितात्काळरित्या दाखल केले असता, त्यांना दिलेल्या औषधांमध्ये मद्यार्क

अल्कोहोल, टॉनीक अथवा प्राथमिक अन्न घटक या औषधांचा समावेश केलेला नाही.

सही :-

डॉक्टरांचे नाव :-

नोंदणी क्रमांक :-

शिक्का :-

**प्रमाणपत्र**

असे प्रमाणित करण्यात येते की, श्रीमती योगिता अमोल चौधरी. यांना या रुग्णालयात अतितात्काळरित्या दाखल केले असता, त्यांच्या शस्त्रक्रीयेकरिता / उपचाराकरिता अत्यावश्यक असलेली साधने व उपकरणे त्यांच्याकरिता आवश्यक होती व ती त्यांनाच वापरली असून पुन्हा उपयोग केला जात नाही अथवा होतही नाही.

सही :-

डॉक्टरांचे नाव :-

नोंदणी क्रमांक :-

शिक्का :-

**वास्तव्य प्रमाणपत्र**

श्री. / सौ. अमोल शरदचंद्र चौधरी यांच्या पत्नी श्रीमती योगिता अमोल चौधरी वय ३० वर्ष ह्यांनी दिनांक ०९ / ०४ / २०१८ ते दिनांक १७ / ०४ / २०१८ ह्या कालावधीत वंश हॉस्पिटल जळगाव. या रुग्णालयात खालीलप्रमाणे नमुद केलेल्या कक्षात दाखल असून औषधोपचार घेतला आहे.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| अ. क्र. | वार्ड | दर | दिवस | एकूण रुपये |
| १. | जनरल वार्ड (सामान्य कक्ष) | \_ | \_ | \_ |
| २. | जनरल वार्डच्या बाजूला बाथरूम नसलेला कक्ष | \_ | \_ | \_ |
| ३. | बाथरूमसह स्वतंत्र कक्ष | \_ | \_ | \_ |
| ४. | बाथरूमसह डबल बेडचा कक्ष |  |  |  |
| ५. | बाथरूमसह वातानुकूलित | \_ | \_ | \_ |
| ६. | अतिदक्षता कक्ष ( आय. सी. यु. ) |  |  |  |

सही :-

डॉक्टरांचे नाव :-

नोंदणी क्रमांक :-

शिक्का :-

**कुटुंब मर्यादा प्रमाणपत्र**

श्री. अमोल शरदचंद्र चौधरी , अधिव्याख्याता संगणक असे प्रमाणित करतो की, श्रीमती योगिता अमोल चौधरी , वय ३० वर्षे नाते पत्नी हि कोणत्याही केंद्र / राज्य निमशासकीय अगर जेथे वैद्यकीय खर्च प्रतिपुर्तीच्या सोयी सवलती आहेत, अशा कोणत्याही प्राधिकरणाच्या सेवेत कार्यरत नाही व पूर्णपणे माझ्यावरच अवलंबून आहेत.

माझ्या कुटुंबात खालील सदस्य असून ते पूर्णपणे माझेवरच अवलंबून असून इतरत्र कोठेही नोकरी करीत नाहीत व सेवानिवृत्ती वेतन घेत नाहीत.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| अ. क्र. | कुटुंबातील व्यक्तीचे नाव | जन्म तारीख | नाते |
| १. | अमोल शरदचंद्र चौधरी | ०२/०२/१९८७ | स्वतः |
| २. | योगिता अमोल चौधरी | २८/०८/१९८७ | पत्नी |
| ३. | सोहम अमोल चौधरी | ०८/०८/२०१३ | मुलगा |
| ४. |  |  |  |
| ५. |  |  |  |
| ६. |  |  |  |

कर्मचाऱ्याची सही.

( नाव : अमोल शरदचंद्र चौधरी. )

पदनाम : अधिव्याख्याता संगणक.

कार्यालय : शासकीय तंत्रनिकेतन जळगाव.

वरील माहती मी तपासली असून ती, सत्य असल्याबाबत माझी खात्री आहे. कार्यालयात

असणाऱ्या अभिलेखाशी तुलना करून ती योग्य आहे.

कार्यालय प्रमुख.

( सही व शिक्का )

**अवलंबिता प्रमाणपत्र**

( जोडीदाराव्यतिरिक्त इतर पात्र नातेवाईकांसाठी )

मी ------------------------------------------------------------------------------- हुद्दा -------------------------- लिहून देतो की, श्री. ------------------------------------------------------------------------------ वय --------- वर्षे नाते ------------------------------------- हे सर्वस्वी माझ्यावर अवलंबून आहे. ते कोणत्याही शासकीय अथवा निमशासकीय किंवा खाजगी कंपनीत नोकरीस नव्हते व ते कोणत्याही प्रकार निवृत्ती वेतन घेत नाही. तसेच कोणताही वैद्यकीय प्रतिपूर्ती खर्च कोणत्याही प्रकारे घे नव्हते अथवा घेत नाही.

आपला विश्वासू

( कर्मचाऱ्याचे नाव )

पदनाम :

कार्यालय :

**अवलंबिता प्रमाणपत्र**

( जोडीदारासाठी )

मी अमोल शरदचंद्र चौधरी. अधिव्याख्याता संगणक लिहून देतो / देते की, श्रीमती. श्रीमती योगिता अमोल चौधरी वय ३० वर्षे नाते पत्नी हि सर्वस्वी माझ्यावरच अवलंबून आहे. ती कोणत्याही शासकीय अथवा निमशासकीय किंवा खाजगी कंपनीत नोकरीस नव्हती व ती कोणत्याही निवृत्ती वेतन घेत नाही. तसेच कोणत्याही वैद्यकीय प्रतिपूर्ती खर्च कोणत्याही प्रकारे घेत नव्हती / नव्हते अथवा घेत नाही.

आपला विश्वासू

अमोल शरदचंद्र चौधरी

पदनाम : अधिव्याख्याता संगणक.

कार्यालय : शासकीय तंत्रनिकेतन जळगाव.

**प्रतिपूर्तीच्या दाव्याचे प्रमाणपत्र**

मी, श्री. श्रीमती --------------------------------------------------------------------------------- याव्दारे असे

कळवितो / ते की, माझे / माझी पती / पत्नी श्री. / श्रीमती ----------------------------------------------------

------------------------------ हे ---------------------------------------------------------------------- या कार्यालयात

सेवेत असून, सदर वैद्यकीय खर्चाच्या प्रतिपुर्तीचा दावा त्यांनी त्यांच्या कार्यालयाकडे केलेला नाही.

(सोबत त्या कार्यालयाचे प्रमाणपत्र जोडले आहे.)

सही :-

कर्मचाऱ्याचे नाव :-

पदनाम व कार्यालय :-

**परिशिष्ट सहा**

( केवळ मधुमेह झालेल्या रुग्णांवर उपचार केले असताना द्यावयाचे प्रमाणपत्र )

याव्दारे असे प्रमाणित करण्यात येते की,

श्री. / श्रीमती / कुमारी ------------------------------------------------------------------------------------------------

( श्री. / श्रीमती / कुमारी ---------------------------------------------------------------------------------------------यांचे / यांची पती / पत्नी / मुलगा / मुलगी / आई / वडील / भाऊ / बहिण )

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------- विभागाचे

कर्मचारी हे माझ्या वैद्यकीय सल्ला कक्षात / रुग्णालयात माधुमेहाच्या रोगावर उपचार घेत असून दिनांक ---------------------- पासून ------------------------- पर्यंतच्या कालावधीत त्यांच्या रोगांची प्रारंभिक अवस्था असताना त्यावर उपचार करण्यासाठी त्यांना “इन्शुलीन” “नादीसन” वगैरे औषध देण्यात आली होती. उपरोक्त रुग्णाची प्रकृती गंभीर झाल्यामुळे त्यास रुग्णालयात ठेवणे भाग पडले.

त्यांच्या आजाराचे दिनांक ------------------------- रोजी निदान झाले.

अधिकृत वैद्यकीय परिचर्या अधिकारी,

(नाव व पदनाम )

ठिकाण : रुग्णालय / वैद्यकीय सल्ला कक्ष / यातील

दिनांक : प्रभारी वैद्यकीय अधिकारी,

...................................................................................................................................................

*टीप :*प्रत्यक्ष शासकीय कर्मचाऱ्यावरील उपचारांच्याबाबतीत प्रमाणपत्र द्यावयाचे असेल तर कंसातील मजकूर वगळण्यात यावा.

**हमीपत्र**

मी श्री. / श्रीमती -------------------------------------------------------------------------------- याव्दारे असे कळवितो / ते की, या अपघाता बाबत मी नुकसान भरपाईचा दावा केला असून, तो मंजूर झाल्यास त्यामधून वैद्यकीय खर्चाची प्रतिपूर्तीची रक्कम भरून देईन,

सही :-

कर्मचाऱ्याचे नाव :-

पदनाम व कार्यालय :-