

भारत सरकार Government of India
भाभा परमाणु अनुसंधन केंद्र BHABHA ATOMIC RESEARCH CENTRE
कार्मिक प्रभाग Personnel Division

सेंट्रल
काम्प्लेक्स/Central Complex,
ट्राम्बे, मुंबई/Trombay, Mumbai – 400 085.

Ref.: 350(2)/2021/Admn.Sec./ 1236

20, मई, 2021

परिपत्र/CIRCULAR

जैसा कि सभी जानते हैं, कोविड-19 महामारी ने सभी क्षेत्रों के लोगों को प्रभावित किया है और भारत सरकार/राज्य सरकार/स्थानीय निकायों कोविड-19 के प्रसार को रोकने के लिए हर संभव प्रयास कर रहे हैं। इस उद्देश्य के लिए टीकाकरण का प्रयास मुंबई शहर सहित देश में शुरू किया गया है।

As all are aware, the Covid-19 pandemic has affected people from all walks of life and Government of India / State Government / Local Bodies are doing their utmost in containing and preventing the spread of Covid -19. The vaccination effort towards this objective has been started in the country including in the city of Mumbai.

2. हमारे सीएचएसएस लाभार्थी और उनके आश्रितों की अधिकतम संख्या को जल्द से जल्द कोविड-19 से बचाव हेतु टीकाकरण सुनिश्चित करने की दृष्टि से, यह निर्णय लिया गया है कि परमाणु ऊर्जा विभाग/इकाइयों तथा परमाणु ऊर्जा विभाग के तहत संगठनों में कार्यरत सभी सीएचएसएस लाभार्थियों और उनके मुंबई शहर में स्थित 18 वर्ष और उससे अधिक आयु के आश्रितों (और सीएचएसएस, भापअ केंद्र, मुंबई के अंतर्गत आने वालों) को निजी अस्पतालों सहित सभी उपलब्ध मार्गों से कोविड -19 से बचाव हेतु टीकाकरण का लाभ उठाने की अनुमति दी जारा। यह लाभ भापअ केंद्र की उन वाहरी इकाइयों के लिए भी उपलब्ध है जो सीएचएसएस, भापअ केंद्र, मुंबई के अंतर्गत आते हैं। इसका लाभ सेवानिवृत्त कर्मचारी भी ले सकते हैं जो मुंबई के सीएचएसएस लाभार्थी हैं।

With a view to ensure that maximum number of our employees who are CHSS beneficiaries and their dependants are vaccinated against Covid-19 at the earliest, it has been decided to allow all CHSS beneficiaries employed in DAE/Units and organisations under DAE and their dependants of the age of 18 years and above located in the city of Mumbai (and covered under CHSS, BARC, Mumbai) to avail vaccination against Covid-19 from all available avenues including from Private Hospitals. The benefit is also available to those outstation units of BARC who are covered by CHSS, BARC, Mumbai. The benefit can also be availed by retired employees who are CHSS Beneficiaries of Mumbai.

3. टीकाकरण शुल्क की वास्तविक लागत और सुविधा शुल्क, यदि कोई टीकाकरण संस्थानों द्वारा वसूला जाता है, की प्रतिपूर्ति अधिकतम रु. 2500/- (रुपये दो हजार पाँच सौ मात्र) प्रति लाभार्थी पूर्ण कोविड-19 टीकाकरण के लिए (दो डोज़ या प्रत्येक वैक्सीन डोज़ प्रोटोकॉल के अनुसार)। मुख्य सीएचएस लाभार्थी पूरी टीकाकरण प्रक्रिया के पूरा होने के बाद, संबंधित इकाई के वेतन और लेखा अधिकारी को निर्धारित प्रारूप (संलग्न) में प्रतिपूर्ति के लिए दावा, संबंधित स्थापना अनुभाग को रिकॉर्ड के लिए प्रस्तुत कर सकते हैं। जहां तक भापअ केंद्र में कार्यरत कर्मचारियों का संबंध है, वे एएआईआईएस पोर्टल के माध्यम से अपने दावे प्रस्तुत कर सकते हैं।

The actual cost of the vaccination charges plus facilitation charges if any charged by the vaccinating institutions will be reimbursed subject to a maximum of Rs. 2500/- (Rupees Two Thousand Five Hundred Only) per beneficiary for complete Covid-19 vaccination (two doses or as per each vaccine dosage protocol). The prime CHSS beneficiary may submit the claim for reimbursement to Pay & Accounts Officer of the concerned Unit in the prescribed format (enclosed) with a copy to the Establishment section concerned for record, after completion of the entire vaccination process. As regards BARC serving employees, they may submit their claims through AAIIIS Portal.

4. इसे सीएचएसएस नियम-1998 के नियम 17.2 के तहत प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए आईएफए, भापअ केंद्र की सहमति और निदेशक, भापअ केंद्र के अनुमोदन से जारी किया जाता है।

This issues with concurrence of IFA, BARC and approval of Director, BARC in exercise of powers conferred under Rule 17.2 of CHSS Rules-1998.


(के. के. डांगे/K.K. Dange) 20/12/2021

उप स्थापना अधिकारी/Deputy Establishment Officer

सभी वर्गों के निदेशक

All Directors of Groups

सभी वर्गों के सह निदेशक

All Associate Directors of Groups

नियंत्रक, भापअ केंद्र

Controller, BARC

सभी प्रभागों/अनुभागों के अध्यक्ष

All Head of Divisions / Sections

मुख्य प्रशासन अधिकारी- भापअ केंद्र(वी), आरएमपी, मैसूरु

CAOs - BARCF(V), RMP, Mysuru

पञ्चवि, मुंबई कीसभी संगठक इकाइयों/पीएसयू/सहायता प्राप्त संस्थानों के अध्यक्ष।

All Heads of Constituent Units/PSUs/Aided Institutions of DAE, Mumbai.

प्रति/Copy to : 1. महा सचिव, ईएडब्ल्यू एंड एसयू, भापअ केंद्र /General Secretary, AEW&SU, BARC.
2. महा सचिव, पेन्शनर वेलफेर असोसिएशन, मुंबई/General Secretary, Pensioner's

Welfare Association, Mumbai.

कोविड-19 टीकाकरण की लागत की प्रतिपूर्ति का दावा करने हेतु प्रारूप
FORMAT FOR CLAIMING REIMBURSEMENT OF COST OF
COVID-19 VACCINATION

कर्मचारी/प्राथमिक लाभार्थी का नाम

Name of employee/prime beneficiary : _____

कर्मचारी सं./सीसी. सं./Emp. No./CC No. : _____

सीएचएसएस सं./CHSS No. : _____

पदनाम/प्रभाग Designation/Division : _____

आवंटित औषधालय/Allotted Dispensary : _____

इकाई जिसमें कार्यरत हैं/ Unit in which employed : _____

तैनाती का स्थान/Place of posting : _____

आयु/Age : _____

कोविड-19 टीकाकरण विवरण/Covid-19 vaccination details : _____

किसने लाभ लिया है/Availed by whom -

(प्राथमिक लाभार्थी का नाम एवं संबंध)

(Name and relationship to prime beneficiary) : _____

सीएचएसएस सं./CHSS No. : _____

टीकाकरण किए गए व्यक्ति की आयु/Age of the vaccinated person : _____

टीका लगाने वाली संस्था का नाम/Name of vaccinating institution : _____

पहले/दूसरे डोज़ लगाने की तारीख/Date of first/second dose : _____

भुगतान की गई राशि/Amount paid : _____

(बिलों/पावतियों की प्रति संलग्न)

(copy of bills/receipts to be enclosed) : _____

मैं (कर्मचारी) एतद्वारा घोषित करता/ करती हूँ कि मेरे द्वारा प्रस्तुत उपर्युक्त सभी सूचना सही है। मैं यह भी वचन देता/देती हूँ कि दावे में तदुपरांत कोई चूक या गलती के कारण सरकार को कोई नुकसान होता है तो उसकी क्षतिपूर्ति करूँगा/करूँगी।

I (employee) hereby declare that the above information furnished by me is true and correct. I also undertake to indemnify any loss to the Government if any error or mistake comes to light subsequently in the claim.

Date:

(signature of employee)

To

Pay & Accounts Officer/AAO of the Unit

Index of CHSS Downloads

S. No.	Item	Page Nos
1	Addition of CHSS Beneficiaries	1 - 2
2	Reimbursement of Ambulance Expenses	3 - 4
3	Application for new CHSS Card in lieu of lost card	5
4	Change of Zonal Dispensary	6 - 7
5	CHSS Card for beneficiaries of deceased employee	8 - 9
6	CHSS Registration or extension for Children above 25 years	10
7	Medical Claim for treatment underwent in other Hospitals – Claim for Medical Attendance by Authorised Medical Attendant – Form 97B	11 - 15
8	Medical Claim for treatment underwent in other Hospitals – Form 97 A	16 - 20
9	Renewal of CHSS Cards in respect of Parents / In Laws / Dependents and children below 18 and 25 years	21 - 28
10	Claim for Reimbursement of Medical Expenses LES Form 1 – Outpatient Treatment and Check list	29 - 34
11	Claim for Reimbursement of Medical Expenses LES Form 3- Inpatient Treatment and Checklist	35 - 40
12	Claim for Reimbursement of cost of medicines – working employees Downloaded from Hospital Website	41
13	Revalidation of CHSS Cards for children – Downloaded from Hospital Website	42
14	Revalidation of CHSS Cards for dependants – Downloaded from Hospital Website	43 - 44

भाभा परमाणु अनुसंधान केंद्र
BHABHA ATOMIC RESEARCH CENTRE
(अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना) / (Contributory Health Service Scheme)

सीएचएसएस/CHSS -4/271
(केवल एक प्रति)
(Single copy only)

लाभार्थियों के नाम जोड़ने के लिये आवेदन
Application for Addition of names of beneficiaries

(कृपया लागू होने वाले बाक्स में इस प्रकार काट दें)
(Please cross thus in the applicable box)

भाग I: आवेदक द्वारा भरा जाए
PART I : To be filled in by the Applicant

नाम Name	पदनाम Designation	प्रभाग/अनुभाग Division/Section	संगणक संकेत संख्या Comp. Code No.	वेतन बैंड में वेतन + ग्रेड वेतन Pay in Pay Band + GP
श्री/श्रीमती/कुमारी/डॉ/ Shri/Smt/Kum/Dr./				

सीएचएस सं. तथा औषधालय का नाम CHSS No. with Dispensary	कर्मचारी संख्या Employee No.	निवास स्थान का पता Residential address:
		बिल्डिंग का नाम Building Name फ्लैट/घर का नं. / Flat/ House No. :
राशन कार्ड नं./Ration Card No. (For Parents/Dependents)	दूर.सं.(कार्या.) Tel. No. (Off)	स्थान/मार्ग Area/ Street : शहर City : जिला District :
		दूरभाष सं. Tel No. मोबाइल सं. Mob. No. : पिन कोड Pin Code:

शामिल किये जाने वाले लाभार्थियों का विवरण (परिवार के सदस्य /मातापिता/आश्रित)

PARTICULARS OF THE BENEFICIARIES TO BE INCLUDED (Family Members/Parents/Dependents)

क्र.सं. SI. No.	नाम Name	संबंध Relationship	जन्मतिथि Date of birth	गृहिणी/व्यवसाय यदि हो तथा मासिक आय Housewife/Occupation if any and income per month	दूसरे स्रोतों से प्राप्त चिकित्सकीय लाभ Medical benefits from other sources.

- Encl : 1. फोटोग्राफ (विवाहिती/ 5 वर्ष से अधिक आयु वाले बच्चे), प्रत्येक का एक-एक
Photographs (Spouse / children above 5 years) one each.
2. बच्चे/ बच्चों का जन्म प्रमाणपत्र /Birth certificate of child/ children.
3. यदि विवाहिती नियोजित हैं तो नियोक्ता से चिकित्सा लाभ न लेने संबंधी प्रमाणपत्र।
Certificate from the employer for non-availment of medical benefits in case of employed spouse.
4. माता-पिता के मामले में कृपया घोषणा प्रपत्र संलग्न करें। Kindly enclose declaration form in respect for parents.

प्रमाणपत्र CERTIFICATE

I. **परिवार के सदस्य / Family Members :**

मैं वचन देता हूँ कि उपरोक्त उल्लिखित अपने परिवार के सदस्यों के सीएचएस में शामिल होने से संबंधित पात्रता के बारे में प्रत्येक कैलेंडर वर्ष के प्रारंभ में एवं जब भी कभी आवश्यक होगा, घोषणा करूंगा और उपरोक्त हितग्राहियों के सीएचएस लाभ प्राप्त करने हेतु अपात्र हो जाने की स्थिति में सीएचएस कार्ड लौटा दूँगा।

I undertake to declare at the beginning of each calendar year and whenever necessary about the eligibility for inclusion to CHSS of the above mentioned family members and shall return the CHSS cards of the above mentioned beneficiaries when they become ineligible for CHSS benefits.

II. **माता पिता / Parents :**

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मेरे माता पिता मेरे राशन कार्ड संख्या _____ में शामिल हैं।

I certify that my parents are included in my ration card No. _____

III अश्रित / Dependents :

मैं प्रमाणित करता हूँ उपर्युक्त अश्रित मेरे साथ रहता है एवं मेरे राशन कार्ड सं _____ में शामिल है।

I certify that the above named dependent has been staying with me and is included in my ration card No. _____

प्रपत्रों को संबंधित इकाई स्थापना के अनुभाग के माध्यम से भेजा जाए।

Forms should be routed through concerned Esstt. Section of the Unit.

मैं घोषित करता/करती हूँ कि ऊपर दी गयी सूचना सत्य और सही है।

I declare that the information furnished above is true and correct.

दिनांक Date :

आवेदक के हस्ताक्षर / Signature of Applicant

भाग II : प्रभाग/ अनुभाग में उपयोग के लिए Part II : For use in the Division/ Section

संदर्भ Ref. :

अग्रेषित Forwarded

सहा.कार्मिक अधि. APO

प्रमाणित एवं सही पाया गया

Certified and found to be correct

सहा.कार्मिक अधि.स्था./APO, Estt. _____

प्रति /To,

सहा.कार्मिक अधि (सीएचएसएस)

A.P.O. (CHSS)

दिनांक Date :

भाग III-सी एच एस कार्यालय में उपयोग के लिए / Part III -For use in CHSS Office

1. क्रमांक _____ के व्यक्ति पंजीयन के पात्र हैं।

Persons at S. Nos. _____ are eligible for registration.

1. क्रमांक _____ के व्यक्ति पंजीयन के पात्र नहीं हैं क्योंकि

Persons at S. No. _____ are not eligible for registration because

2. दि. _____ से पंजीयन किया गया तथा कार्ड जारी किया गया

Registered with effect from _____ and cards issued.

3. सी एच एस एस -1/260 में नाम शामिल किया

Names added in CHSS-1/260.

संबंधित सहायक Dealing Asstt.

सहा.कार्मिक अधि. Asst. Personnel Officer

महत्वपूर्ण बातों का सारांश Gist of Important Points

परिवार के सदस्य /Family Members

पति अथवा पत्नी : अपने नियोक्ता से चिकित्सा सुविधा प्राप्त नहीं कर रहे हैं, इस आशय का प्रमाणपत्र प्रस्तुत किया जाए।

बच्चे : केवल पहले दो अश्रित बच्चे सामान्य अंशदान पर। इसके बाद के बच्चों के लिए 1% अतिरिक्त अंशदान पर (एक साथ जन्मे एक से अधिक बच्चों हेतु छूट)

माता पिता : माता पिता कर्मचारी के साथ रहे माता-पिता राशन कार्ड में शामिल होने चाहिए-सत्यापन हेतु राशन कार्ड प्रस्तुत करना होगा।

Spouse : Should not be availing medical facilities from employer - Certificate to this effect should be furnished.

Children : First two children at normal contribution. Subsequent children @ 1% extra contribution (exemption multiple births)

Parents : Parents residing with employee should be included in the Ration Card ज़ Ration card has to be produced for verification.

किराए पर ली गई एम्बुलेंस के प्रभार की प्रतिपूर्ति का दावा करने के लिए आवेदन पत्र

APPLICATION FOR CLAIMING REIMBURSEMENT OF AMBULANCE HIRE CHARGES

आयुर्विज्ञान प्रभाग, भापअ केंद्र, मुंबई MEDICAL DIVISION, BARC, MUMBAI

1. कर्मचारी/Employee	a) नाम/Name : _____
	b) पदनाम/Designation : _____
	c) सं.सं.सं./C.C. No. : _____
	d) इकाई/प्रभाग/Unit/Division : _____
2. a) आवासीय पत्ता/Residential Address	: _____ _____ लगभग दूरी / Apprx. Distance: _____ किमी/KM
b) घटना स्थल जहाँ से एम्बुलेन्स ली गई Place of Incident from where Ambulance taken	: _____ _____ लगभग दूरी / Apprx. Distance: _____ किमी/KM
c) यदि "ए" और "बी" समान नहीं हैं तो कारण बताए Reason, if "a" and "b" are not same	: _____
3. a) रोगी का नाम/Name of the Patient	: _____
b) कर्मचारी के साथ संबंध Relationship with employee	: _____
c) सीएचएसएस संख्या/ CHSS No.	: _____
d) औषधालय का नाम एवं पत्ता Dispensary Name & Address :	: _____
4. क्या एम्बुलेन्स हेतु भापअ केंद्र, अस्पताल/औषधालय से संपर्क किया गया था: हाँ/नहीं Whether BARC Hospital/Dispensary was contacted for ambulance : Yes/No. _____	: _____
5. रोगी को किस समय अस्पताल लाया गया What time patient was brought to the Hospital	: _____
6. अस्पताल का नाम पता जहाँ रोगी को स्थानांतरित किया गया Name of the Hospital with address where the Patient was shifted :	: _____
7. क्या रोगी को अस्पताल में उसी दिन भर्ती किया गया था?: हाँ/नहीं Whether the patient was admitted in the Hospital on the same day: Yes/No. _____	: _____
8. किया गया खर्च (रसीद संलग्न) Expenditure incurred (enclose receipt)	: _____
9. उपस्थित/उपचार करने वाले चिकित्सक का नाम Name of the attending/treating Doctor:	: _____
10. विभाग/इकाई का नाम जहाँ से रोगी को रेफर किया गया है Name of the Department/Unit from where the patient was initially referred.	: _____

दिनांक/Date:

कर्मचारी/लाभार्थी का नाम एवं हस्ताक्षर

Signature & Name of Employee/ Beneficiary

प्रति To,

चिकित्सा प्रभारी औषधालय/अस्पताल में विभागीय अध्यक्ष/M.O.I.C. Disp./H.O.D in Hospital

औषधालय/बीएआरसी अस्पताल के प्रयोग हेतु
For use in Dispensary / BARC Hospital

1. उपस्थित/उपचार करने वाले चिकित्सक की संस्तुति/अभ्युक्ति
Recommendation/Remarks of the attending / treating Doctor _____

2. भुगतान हेतु अनुमोदित राशि : हाँ/नहीं
Amount approved for payment : Yes/No.

3. अस्वीकृत राशि/Amount disallowed : ₹ _____ Reason: _____

4. प्रमाणित किया जाता है कि रोगी को हृदय रोगी / साधारण एम्बुलेन्स द्वारा यात्रा करना आवश्यक था/ अनावश्यक था।
Certified that it was essential/not essential for the patient to travel by Cardiac / Non-cardiac ambulance.

5. अभ्युक्ति /Remark _____

उपस्थित/उपचार करने वाले चिकित्सक के प्रतिहस्ताक्षर

Counter signature of the Attending/Treating Doctor

नाम एवं हस्ताक्षर दिनांक सहित/Name & Signature with date
चिकित्सा प्रभारी औषधालय/अस्पताल में विभागीय अध्यक्ष
M.O.I.C. Disp./H.O.D in Hospital

अध्यक्ष, आयुर्विज्ञान प्रभाग
Head, Medical Division**

सक्षम प्रधिकारी के हस्ताक्षर जैसा लागू है **
Signature of competent authority as applicable

प्रति To,

सहा. लेखा अधिकारी (चिकित्सा) / AAO (Medical)
सीसी, भापअ केंद्र, ट्रॉबे मुंबई – 85 / CC, BARC, Trombay, Mumbai – 85.

To be Submitted in Duplicate

BHABHA ATOMIC RESEARCH CENTRE
(Contributory Health Service Scheme)

Application for issue of fresh CHSS cards in lieu of CHSS cards Lost/Misplaced/Mutilated

Name of the Employee _____ Shri/Smt/Kum/ Dr. _____ CHSS/MRD No. _____
with Dispensary _____

Designation _____ Division _____ Comp. Code No. _____

Basic Pay with D.P. Rs. _____ Tel No. Off. _____ Res. _____

PARTICULARS OF CHSS CARDS LOST/MISPLACED/MUTILATED

SI. No.	Name of the beneficiary	Relationship	Circumstances leading to the loss/misplacement/Mutilation
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

I give my consent to recover at the prescribed rates from my salary towards the CHSS cards lost/ misplaced/mutilated by me.

- Encl : 1. Police Complaint for the lost CHSS cards.
2. Submit one photograph of each beneficiary.

Signature of
the employee _____

Date _____

NOTE : Rates of recovery: @ Rs. 100/- for loss of each CHSS card.

@ Rs. 25/- for CHSS card more than 5 years old. { with respect of }
@ Rs. 50/- for CHSS card less than 5 years old. { mutilated cards }

Ref. No. _____ Dated _____

(Divisional Asst. Personnel Officer)

For use in CHSS Office

Issued fresh cards for the following beneficiaries

SI. No.	Name of the beneficiary	Relationship	CHSS/ MRD Number
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Recover Rs. _____ (Rupees) for issue of _____ cards lost/ misplaced/ mutilated.

Received _____ Cards.

Asst. Personnel Officer (CHSS)

भाषा परमाणु अनुसंधान केंद्र

BHABHA ATOMIC RESEARCH CENTRE

(अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना)

(Contributory Health Service Scheme)

क्षेत्रीय औषधालय के बदलने हेतु आवेदन / Application for change of Zonal Dispensary

(कृपया लागू होने वाले बाक्स में इस प्रकार काट दें)

(Please cross thus in the applicable box)

भाग I : आवेदक द्वारा भरे जाने के लिए / PART I : To be filled in by the Applicant

प्रथम नाम/द्वितीय नाम/ कुल नाम First Name/ Middle Name/Last Name	पदनाम Designation	प्रभाग / अनुभाग Division/Section	वेतन बैंड में वेतन + ग्रेड वेतन Pay in Pay Band + Grade Pay	संगणक संकेत संख्या Comp. Code No.
श्री/श्रीमती/कुमारी/डॉ./ Shri/Smt/Kum/Dr./				

यूनिट जिसमें काम करते हैं Unit in which working	कर्मचारी सं. Employee No.	कार्यालय दूरभाष सं./ मोबाइल सं. Office Tel. No./ Mobile No.	सीएचएस / एमआरडी नं. CHSS/MRD No.	वर्तमान औषधालय Present Dispensary

	पुराना पता Old Address	नया पता New Address	औषधालय बदलने का कारण Reasons for change of Dispensary
निवास स्थान का पता Residential Address	बिल्डिंग का नाम: Bldg Name : फ्लैट/घर क्र.: Flat/House No. : क्षेत्र / मार्ग : Area/ Street : शहर: City : जिला: District : दूरभाष क्र.: Tel. No.:	बिल्डिंग का नाम: Bldg Name : फ्लैट/घर क्र.: Flat/House No. : क्षेत्र / मार्ग : Area/ Street : शहर: City : जिला: District : दूरभाष क्र.: Tel. No.:	
पिन कोड (अनिवार्य) Pin Code (Compulsory)			
औषधालय Dispensary	वर्तमान Existing :	नवीन अपेक्षित New Required :	

दिनांक:

Date :

आवेदक / Applicant

भाग II : प्रभागीय कार्यालय में उपयोग के लिए
Part II : For use in Divisional Office

अग्रेषित Forwarded

दिनांक Date :

सहायक कार्मिक अधिकारी / APO

प्रभाग Division.

सेवा में, सहायक कार्मिक अधिकारी, सीएचएस, भापअ केंद्र
To, APO, CHSS, BARC Hospital

भाग III: सीएचएसएस कार्यालय में उपयोग के लिएPart III : For use in CHSS Office

संदर्भ Ref : सीएचएसएस CHSS/

दिनांक Date :

औषधालय आवंटित / आवंटित नहीं: _____ औषधालय/सीएचएसएस/एमआरडी सं. में कोई परिवर्तन नहीं होगा।

Dispensary Alloted / Not Allotted : _____ Dispensary. There will be no change in the CHSS/MRD No.

सहायक कार्मिक अधिकारी /APO

सीएचएसएस/ CHSS

To,

1. प्रभारी चिकित्सा अधिकारी

औषधालय: सीएचएस फाईल

औषधालय को स्थानांतरित करने हेतु।

M.O.In-charge _____ Disp. : To transfer the CHSS file to _____ Dispensary

2. प्रभारी चिकित्सा अधिकारी

औषधालय,

M.O.In-charge _____ Disp.,

3. उपर्युक्त आवेदक : सहायक कार्मिक अधिकारी,

प्रभाग /अनुभाग

Applicant above named: APO, _____ Division/Unit.

भाषा परमाणु अनुसंधान केंद्र
Bhabha Atomic Research Centre
(अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना/ Contributory Health Service Scheme)
दिवंगत कर्मचारी के हितग्राहियों के लिए सीएचएसएस कार्ड हेतु आवेदन
Application for CHSS card for beneficiaries of deceased employee

भाग I: दिवंगत कर्मचारी के हितग्राही द्वारा भरा जाए / PART I : To be filled in by the Beneficiary of the deceased employee

दिवंगत कर्मचारी का नाम /Name of Deceased Employee: दिवंगत श्री. /श्रीमती/Late Shri./Smt.			
दिवंगत कर्मचारी का विवरण Details of Deceased Emp.	पदनाम Designation	प्रभाग/ अनुभाग Division/Section	इकाई Unit
कर्मचारी सं. Employee No.	संगणक संकेत संख्या Comp. Code No.	दूरभाष संख्या Telephone Number आवास /Residence	मोबाइल/Mobile
वर्तमान सीएचएसएस/एमआरडी नं. Existing CHSS/MRD No.	ओषधालय का नाम Name of Dispensary	लिंग- पुरुष/महिला Gender -Male/Female	
नियुक्ति की तारीख Date of appt.:	निवास स्थान का पता (पिन कोड का उल्लेख अनिवार्य) Residential Address (Pin code Compulsory)		
मृत्यु की तारीख (मृत्यु प्रमाणपत्र संलग्न करें) Date of death (Attach death Certificate) :	बिल्डिंग का नाम Bldg Name - फ्लॉट/घर क्र. Flat/ House No.: स्थान/ मार्ग Area/ Street - शहर City :-		
वेतन बैंड में वेतन रु./Pay in Pay Band रु./Rs.	ग्रेड वेतन / GP	ई-मेल आईडी Email ID	पिन कोड PIN CODE

परिवार के सदस्यों का विवरण / PARTICULARS OF FAMILY MEMBERS

क्रम. सं. SI. No.	नाम (स्पष्ट अक्षरों में) Name (in Block Capital)	संबंध Relationship	जन्म दिनांक प्रमाणपत्र के साथ Date of birth with certificate	व्यवसाय Occupation	सीएचएस सं. (यदि कोई) CHSS No. (if any)	सीएचएस में भरती होने की तारीख Date of admission to CHSS
1.		विवाहिती Spouse		गृहिणी/नियोजित Housewife/employed		
2.						
3.						
4.						
5.						

क्या विवाहिती किसी अन्य स्रोत से चिकित्सा का लाभ पाने के हकदार हैं ?
Whether the spouse is eligible for medical benefits from any other source?

नहीं/No.

हाँ,
Yes from

(विवाहिती द्वारा नियोक्ता से चिकित्सीय सुविधा नहीं ली जा रही है), इस आशय का प्रमाणपत्र प्रस्तुत किया जाए। इसके साथ विवाहिती/बच्चे, प्रत्येक के 2 फोटोग्राफ प्रस्तुत किए जायें।

(Spouse should not be availing medical facility from employer. Certificate to this effect should be produced.
Also submit 2 photographs each of spouse/ child)

मैं बचन देता/देती हूँ कि सीएचएसएस में शामिल अपने उपर्युक्त परिवार के सदस्यों के बारे में सीएचएसएस लाभ की हकदारी को प्रभावित करने वाले किसी भी परिवर्तन से सीएचएसएस कार्यालय को अवगत कराऊंगा।

I undertake to inform CHSS office about any change which may affect eligibility for CHSS benefits in respect of my family members included above.

मैं घोषित करता/ करती हूँ कि मैंने उपर्युक्त निर्देशों को पढ़ लिया है तथा जो जानकारी दी है वह सत्य तथा सही है।

I declare that I have read the above instructions and the information furnished above is true and correct.

पुराने सीएचएस कार्ड्स इसके साथ वापिस किए जाते हैं।
The old CHSS cards are surrendered herewith.

--

या/OR

पुराने सीएचएस कार्ड्स खो गये हैं। मैं इसके साथ पुलिस शिकायत की एक प्रतिलिपि और लेखा अधिकारी, भापअ केंद्र के पक्ष में देय
रु. _____ (रुपये एक सौ प्रति कार्ड) के लिए चैक संलग्न कर रहा हूँ।

The old CHSS cards are lost, I am enclosing herewith a cheque for Rs._____ (Rs.100/- per card)
in favour of Accounts Officer, BARC along with a copy of Police Complaint.

--

दिनांक:

Date : _____

हितग्राही के हस्ताक्षर/Signature of Beneficiary

भाग II: सीएचएस, कार्यालय में उपयोग हेतु / Part II : For use in CHSS Office

संदर्भ Ref. :

दिनांक Date :

अग्रेषित Forwarded

भुगतान स्वीकृत किया जाये/ दिनांक _____ तक भुगतान किया जा चुका है/ आजीवन सदस्य।

Payment may be accepted/Payment already done up to _____/LIFE-MEMBER.

सहायक कार्मिक अधिकारी

Assistant Personnel Officer

प्रति To,
सहा. लेखा अधिकारी (चिकित्सा) AAO (Medical)

____ से _____ तक भुगतान स्वीकार किया गया।

Payment accepted from _____ to _____.

सहा. लेखा अधिकारी (चिकित्सा)

Asstt. Accounts Officer (Medical)

भाग II: सीएचएस, भापअ केंद्र अस्पताल द्वारा उपयोग के लिए / Part II: For use in CHSS Office, BARC Hosp.

पंजीकृत किया गया / Registration completed

सीएचएस नं. CHSS No.	औषधालय Dispensary

सहायक कार्मिक अधिकारी

Assistant Personnel Officer

भापअ केंद्र अस्पताल BARC Hosp.

दिनांक /Date:

सेवा में To :

1. सहा. कार्मिक अधिकारी , भापअ केंद्र APO, BARC/ _____ (इकाई Unit)
2. लेखा अधिकारी Accounts Officer () भापअ केंद्र BARC/ _____ (इकाई Unit)
3. प्रभारी चिकित्सा अधिकारी M.O.In-charge, _____ औषधालय Dispensary
4. एमआरए, भापअ केंद्र अस्पताल M.R.A., BARC Hospital.

Application for extension of CHSS cards
to children whose age is beyond 25 years

Name of the Employee		Designation	Division	Unit
If retired since when	Name of the Beneficiary	Educ. Qual.	Employed: Y/N	Married/Single
CHSS No.	Age/DOB	Residential Address:		
Emp. Details	Income p/a	Telephone No.	Office: Residence:	
Physical Disability				
Psychological Disability				

Details of other children of prime beneficiary:

Sr. No.	Name	Age	Qualification	Employment Details

Income of:

Prime Beneficiary	Spouse	Contribution from other family members

Copy of bank pass book(s) be furnished.

If retired prime beneficiary whether a life member: Yes / No

If not validity of CHSS card:

It is certified that the above named dependent is staying with me and is included in my ration card (copy enclosed). I declared that the information furnished above is true and correct, I am aware that furnishing of false information shall lead to initial disciplinary action against me apart from cancellation of the care.

Date:

(Signature of Prime Beneficiary)

No.: Date:.....

Forwarded to Medical Social Welfare Office, BARC Hospital with a request to furnish the required information

केंद्र सरकार के कर्मचारियों और उनके परिवार के चिकित्सीय परिचार्या/उपचार के संबंध में व्यय की गई चिकित्सा राशि वापसी के दावे के लिए
आवेदन प्रपत्र - प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक द्वारा चिकित्सीय परिचार्या के लिये

Form of application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance/ treatment of Central Government servants and their families - FOR MEDICAL ATTENDANCE BY AUTHORISED MEDICAL ATTENDANT

1. सरकारी कर्मचारी का नाम एवं पदनाम (स्पष्ट अक्षरों में)

Name and designation of Government servant
(in Block Letters)

क. सरकारी कर्मचारी की संगणक संकेत संख्या

Computer Code No. of the Government servant

ख. कर्मचारी संख्या / Employee No.

ग. सरकारी कर्मचारी /आश्रित की सीएचएसएस संख्या

CHSS No. of the Government servant/ Dependant

घ. विवाहित या अविवाहित

whether married or unmarried

च. यदि विवाहित है तो पति/पत्नी के नियोजन का स्थान

if married, the place where wife/ husband
is employed

2. कार्यालय का नाम, जहां नियोजित हैं

Office in which employed

3. एफआर में यथा परिभाषित सरकारी कर्मचारी का वेतन तथा अलग

से दिखाई जाने वाली -अन्य परिलिखियां

Pay of the Government servant as defined in the
Fundamental Rules and any other emoluments
which should be shown separately.

4. कार्य का स्थान / Place of duty

5. वास्तविक आवासीय पता

Actual Residential address

6. रोगी का नाम एवं उसका सरकारी कर्मचारी से संबंध

Name of the patient and his/ her relationship
to the Government servant

नोट : बच्चों के मामले में उनकी आयु भी लिखें

N.B- In case of children state age also.

7. रोगी कहां बीमार पड़ा (स्थान का नाम)

Place at which the patient fell ill

8. किये गये दावों की राशि के ब्यौरे

Details of the amounts claimed

I) चिकित्सा परिचर्या / Medical Attendance -

क) परामर्श हेतु फीस, (विवरण दें)

Fees for consultation indicating

1) परामर्शदाता चिकित्सा अधिकारी का नाम, पदनाम एवं

अस्पताल या डिसपैन्सरी जहां संलग्न हो

Name and designation of the Medical
Officer consulted and the hospital or
dispensary to which attached

2) परामर्श की संख्या एवं तारीख तथा प्रत्येक

परामर्श के लिये दी गयी फीस की राशि

The number and dates of consultation
and the fee paid for each consultation

3) इंजेक्शन लेने की तारीख एवं उसकी संख्या तथा प्रत्येक इंजेक्शन के लिए दी गयी फीस की राशि
The number and dates of injection and the fee paid for each injection

4) क्या परामर्श एवं/या इंजेक्शन अस्पताल में, चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के आवास में दिए गये 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.

ख. चिकित्सीय निदान के दौरान पैथोलॉजी, जीवाणुवक, बिकिरणकीय या अन्य इसी प्रकार के परीक्षण का प्रभार Charges for Pathological, Bacteriological, Radiological or other similar tests undertaken during diagnosis indicating

1. अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां उपरोक्त परीक्षण किये गये, एवं Name of the hospital or laboratory at which undertaken; and
2. क्या प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के परामर्श से परीक्षण कराये गये। यदि हाँ तो इस संबंध में प्रमाणपत्र संलग्न करें। Whether the tests were undertaken on the advice of the Authorized Medical Attendant. If so, a certificate to that effect should be attached

बाजार से खरीदी गयी औषधियों का मूल्य (कैश मेमो और आवश्यकता प्रमाणपत्र संलग्न किया जाना चाहिए)
Cost of Medicines purchased from the market (Cash memos and the Essentiality Certificates should be attached)

II. विशेषज्ञ से परामर्श / Consultation with Specialist -

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के अलावा किसी विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी को दिया गया शुल्क, निम्नलिखित का उल्लेख करें - Fees paid to a Specialist or a Medical Officer other than the Authorized Medical Attendant, indicating -

- क) विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का नाम एवं पदनाम जिससे परामर्श लिया गया एवं वे किस अस्पताल से संलग्न हैं
- a) The name and designation of the Specialist or Medical Officer consulted and the hospital to which attached
- ख) परामर्शों की संख्या एवं तारीख तथा प्रत्येक परामर्श के लिये दी गई फीस b) The number and dates of consultation and the fees charged for each consultation
- ग) क्या परामर्श, अस्पताल में, विशेषज्ञ अथवा चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के आवास पर किया गया था एवं c.) whether consultation was had at the hospital, at the consulting room of the Specialist or Medical Officer or at the residence of the patient; and
- घ) क्या प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की सलाह से विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से परामर्श किया गया एवं क्या राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी से पूर्व अनुमोदन लिया गया था, यदि हाँ तो प्रमाणपत्र संलग्न करें d) whether the Specialist or Medical Officer was consulted on the advice of the Authorized Medical Attendant and the prior approval of the Chief Administrative Medical officer of the State was obtained. If so, a certificate to that effect should be attached

9.	कुल दावा राशि	रु.Rs. _____
	Total Amount Claimed	
10	लिया गया अधिग्राम (कुल राशि में से घटाया जाना है)	रु.Rs. _____
	Less Advance taken on	
11	निवल दावा राशि	रु.Rs. _____
	Net amount claimed	
12.	संलग्नकों की सूची	_____
	List of enclosures	_____

घोषणा सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित होनी चाहिए

DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिया गया विवरण मेरे ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार सही हैं और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है वह मेरे ऊपर पूर्ण रूप से निर्भर है।

I hereby declare that the statements in the application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependant upon me.

दिनांक Date: _____

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर एवं कार्यालय, जिससे संलग्न हैं

Signature of the Government servant and
office to which attached

नोट : चिकित्सा व्यय के प्रतिपूर्ति दावों को उपचार की समाप्ति की तारीख से तीन महीनों के अंदर प्रस्तुत किया जाए।

Note: Claims for reimbursement of medical expenses should be preferred within three months from the date of completion of treatment.

प्रमाणपत्र 'क'/CERTIFICATE 'A'

(उन रोगियों के मामले में भरा जाए जिन्हें इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती नहीं किया गया हो)

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

यह प्रमाणपत्र, _____ में नियुक्त श्री _____ की
पत्नी/पुत्र/पुत्री/श्रीमती/श्री/कुमारी _____ को दिया।

Certificate granted to Mrs./Mr./Miss..... wife/son/daughter of

Mr. employed in the.....

मैं डॉ. _____ एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ

I, Dr. hereby certify-

भाग -'क' PART-'A'

- (क) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष में/रोगी के निवास स्थान पर _____ हेतु दिनांक _____ (तारीख लिखें) को दिये परामर्श के लिये रु. _____ की राशि चार्ज की एवं प्राप्त की ;
 (a) that I charged and received Rs. for consultations on (dates to be given) at my consulting room/ at the residence of the patient;
- (ख) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष में/रोगी के निवास स्थान पर _____ (तारीख लिखें) को इन्ट्राविनस/इन्ट्रामस्क्युलर/सबक्युटेनियस इंजेक्शन देने के लिए रु. _____ की राशि चार्ज की एवं प्राप्त की ;
 (b) that I charged and received Rs.....for administering intravenous/ intramuscular/ subcutaneous injections on..... (dates to be given) at my consulting room/the residence of the patient;
- (ग) कि दिये गये इंजेक्शन, रोग प्रतिरक्षण या रोगनिरोधी प्रयोजन के लिये नहीं थे/थे ;
 (c) that the injections administered were not/ were for immunizing or prophylactic purposes;
- (घ) कि रोगी इलाज के लिए _____ में रहा है और कि इस संबंध में मेरे द्वारा नुस्खों में दी गई _____ निम्नलिखित औषधियों रोगी की हालत में सुधार लाने के लिए/गंभीर रूप से खराब होने से रोकने के लिए अनिवार्य थीं । ये औषधियों _____ अस्पताल में प्राइवेट रोगियों को देने के लिए स्टाक में नहीं रखी जातीं और ये स्वत्वाधिकार की मद्देनहीं हैं जिनके लिए समान चिकित्सा मूल्यवाली सस्ती औषधियों उपलब्ध हैं तथा न ही वे मूलतः खाद्य, शृंगार सामग्री अथवा निसंक्रमक मद्देनहीं हैं ।
- (d) that the patient has been under treatment at..... and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/ prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in the(name of hospital) for supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparations, which are primarily foods, toiletries or disinfectants

औषधियों का नाम Name of medicines

मूल्य Price

1.
 2.
 3.
 4.

- (च) कि रोगी _____ बीमारी से पीड़ित है/था एवं दिनांक _____ से _____ तक
 मेरे उपचार के अंतर्गत है/था ।
 (e) that the patient is/ was suffering fromand is / was under
 my treatment from to

- (छ) कि रोगी को प्रसूति पूर्व या प्रसूति के बाद उपचार नहीं दिया गया ;
 (f) that the patient is/ was not given pre-natal or post-natal treatment;
- (ज) कि एकसरे, प्रयोगशाला परीक्षण इत्यादि जिनके लिये रु. _____ का व्यय किया गया, वह आवश्यक था एवं उन्हें मेरी सलाह के अनुसार _____ (अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम) में किया गया ।
- (g) that the X-ray, laboratory test, etc., for which an expenditure of Rs..... was incurred was necessary and were undertaken on my advice at (name of the hospital or laboratory);
- (झ) कि मैंने रोगी को डॉ. _____ के पास विशेषज्ञ परामर्श के लिये भेजा एवं इसके लिये नियमों के अंतर्गत यथावश्यक _____ (राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम) से अनुमोदन लिया गया;
- (h) that I referred the patient to Dr. for Specialist consultation and that the necessary approval of the (name of the Chief Administrative Medical Officer of the State) as required under the rules was obtained;
- (इ) कि रोगी को अस्पताल में भर्ती करने की आवश्यकता थी/नहीं थी
- (i) that the patient did not require/ required hospitalization.

Dated.....

एएमए के हस्ताक्षर/ चिकित्सा अधिकारी का नाम एवं पदनाम
 अस्पताल/ औषधालय जिससे वे जुड़े हैं दिनांक
 Signature of AMA/ Designation of the Medical Officer
 and hospital/Dispensary to which attached

नोट - जो प्रमाणपत्र लागू नहीं है उसे काट दें। प्रमाणपत्र (च) अनिवार्य है एवं सभी मामलों में इसे चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाए ।

N.B- Certificates not applicable should be struck off. Certificate (e) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.

केंद्र सरकार के कर्मचारियों और उनके परिवार के चिकित्सीय परिचयों/उपचार के संबंध में व्यय की गई चिकित्सा राशि की बापसी के दावे के लिए आवेदन प्रपत्र - अस्पताल में चिकित्सा के लिए

Form of application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance/ treatment of Central Government servants and their families - FOR TREATMENT IN A HOSPITAL

1. सरकारी कर्मचारी का नाम एवं पदनाम (स्पष्ट अक्षरों में)
Name and designation of Government servant
(in Block Letters)
- क. सरकारी कर्मचारी की संगणक संकेत संख्या
Computer Code No. of the Government servant
- ख. कर्मचारी संख्या / Employee No.
- ग. सरकारी कर्मचारी /आश्रित की सीएचएसएस संख्या
CHSS No. of the Government servant/ Dependant
- घ. विवाहित या अविवाहित
whether married or unmarried
- च. यदि विवाहित है तो पति/पत्नी के नियोजन का स्थान
if married, the place where wife/
husband is employed
2. कार्यालय का नाम, जहां नियोजित है
Office in which employed
3. एफआर में यथा परिभाषित सरकारी कर्मचारी का वेतन
तथा अलग से दिखाई जाने वाली अन्य परिलक्षियाँ
Pay of the Government servant as defined in
the Fundamental Rules and any other emoluments
which should be shown separately.
4. कार्य का स्थान / Place of duty
5. वास्तविक आवासीय पता
Actual Residential address
6. रोगी का नाम एवं उसका सरकारी कर्मचारी से संबंध
Name of the patient and his/ her relationship
to the Government servan (नोट : बच्चों के मामले में उनकी
आयु भी लिखें / N.B- In case of children state age also.)
7. रोगी कहां बीमार पड़ा (स्थान का नाम)
Place at which the patient fell ill
8. किये गये दावों की राशि के ब्यौरे
Details of the amounts claimed

I. अस्पताल में उपचार / Hospital Treatment

अस्पताल का नाम / Name of the Hospital

निम्नलिखित मदों पर हुए व्यय को अलग से दर्शाते हुए अस्पताल में उपचार पर हुए व्यय का विवरण / Charges for hospital treatment, indicating separately the charges for

(i) आवास _____

(बताएं कि क्या यह सरकारी कर्मचारी के स्तर या वेतन के अनुसार था और ऐसे मामलों में जहां आवास का स्तर सरकारी कर्मचारी के स्तर से उच्च स्तर का था तो इस आशय का एक प्रमाणपत्र संलग्न करना होगा कि उसके पात्रता के स्तर का आवास उपलब्ध नहीं था)

Accommodation _____

(State whether it was according to the status or pay of the Government servant and in cases whether the accommodation is higher than the status of the Government servant, a certificate should be attached to the effect that the accommodation to which he'was entitled was not available)

(ii) आहार Diet _____

(iii) शल्पक्रिया या चिकित्सा उपचार या प्रसूति _____

Surgical operation or medical treatment or confinement

(iv) _____ दर्शने वाले विकृतिजन्य, जीवाणुक विकिरणकीय या अन्य इसी प्रकार के परीक्षण
Pathological, Bacteriological, Radiological or other similar tests indicating _____

(क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण किया गया और _____
Name of the hospital or laboratory at which undertaken; and

(ख) क्या अस्पताल में केस के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के परामर्श से परीक्षण
कराया गया । यदि हां तो इस संबंध में प्रमाणपत्र संलग्न करें ।
whether undertaken on the advice of the Medical officer in charge _____
of the case at the hospital. If so, a certificate to that effect
should be attached

(v) औषधियां Medicines _____

(vi) विशेष औषधियां Special medicines _____

(कैश मेमो और आवश्यकता प्रमाणपत्र संलग्न किया जाए/ Cash memos and the Essentiality Certificates should be attached)

(vii) साधारण नर्सिंग Ordinary nursing _____

(viii) विशेष नर्सिंग अर्थात् रोगी के लिये विशेष रूप से नर्सों को रखा गया
Special nursing, i.e. nurses, specially engaged for the patient. _____

(कृपया बतायें कि क्या उन्हें अस्पताल में केस के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर या सरकारी कर्मचारी या रोगी के निवेदन पर रखा
गया था । पहले वाले मामले में केस के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी से प्राप्त प्रमाणपत्र संलग्न करें जिस पर अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक का
प्रतिहस्ताक्षर किया हुआ हो /State whether they are employed on the advice of the Medical Officer in charge of the
case at the hospital or at the request of the Government servant or patient. In the former case a certificate
from the Medical Officer in charge of the case and countersigned by the Medical Superintendent of the
hospital should be attached)

(ix) एम्बुलेंस प्रभार / Ambulance Charges _____

(आने-जाने के लिए लौ गई यात्रा का विवरण दें/ State the journey - to and fro-undertaken)

(x) अन्य कोई प्रभार जैसे कि बिजली की बत्ती, पंखा, हीटर, बातानकूलन आदि । यह भी बतायें कि क्या उपर्युक्त सुविधाएं
सामान्यतः सभी रोगियों को दी जाने वाली सुविधाओं का ही हिस्सा हैं एवं रोगी के लिए कोई अन्य विकल्प नहीं था।

Any other charges, e.g. charges for electric light, fan, heater, air-conditioning, etc. State
also whether the facilities referred to are a part of the facilities normally provided to all
patients and no choice was left to the patient. _____

नोट 1- यदि सरकारी कर्मचारी द्वारा सीएस. (एमए) नियम, 1944 के नियम 7 के तहत उपचार अपने निवास स्थान पर लिया गया हो तो ऐसे
उपचार का विवरण दे और प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक से इन नियमों के तहत यथा आवश्यक प्रमाणपत्र संलग्न करें

NOTE 1 -If the treatment was received by the Government servant at his residence under Rule 7 of the CS
(MA) Rules, 1944, give particulars of such treatment and attach a certificate from the Authorized Medical
Attendant as required by these rules.

नोट 2 -सरकारी अस्पताल को छोड़कर उपचार दूसरे अस्पताल में कराने पर आवश्यक और एवं प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक से प्राप्त इस
आशय का प्रमाणपत्र भी दें कि आवश्यक उपचार किसी भी निकटतम सरकारी अस्पताल में उपलब्ध नहीं था ।

NOTE 2 -If the treatment was received at a hospital other than a Government hospital, necessary details
and the certificate of the Authorized Medical Attendant that the requisite treatment was not available in any
nearest Government hospital should be furnished.

II विशेषज्ञ से परामर्श Consultation with Specialist -

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक को छोड़कर विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी को दिए गए शुल्क के संबंध में विवरण दें।
 Fees paid to a Specialist or a Medical Officer other than the Authorized Medical Attendant, indicating

क) विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का नाम, पदनाम जिससे परामर्श किया गया तथा वे किस अस्पताल से जुड़े हैं
 Name and designation of the Specialist or Medical Officer consulted and the hospital to which attached

ख) परामर्शों की संख्या तथा तारीखें और प्रत्येक परामर्श के लिए लिया गया शुल्क
 The number and dates of consultation and the fees charged for each consultation

ग) क्या परामर्श अस्पताल में, या विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी _____ के निवास स्थान पर लिया गया था; एवं

whether consultation was had at the hospital, at the consulting room of the Specialist or Medical Officer or at the residence of the patient; _____ and _____

ध) क्या प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की सलाह पर विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से परामर्श लिया गया था और क्या राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी से पूर्व अनुमोदन प्राप्त किया गया था । यदि हाँ तो इस आशय का प्रमाणपत्र संलग्न किया जाए ।

whether the Specialist or Medical Officer was consulted on the advice of the Authorized Medical Attendant and the prior approval of the Chief Administrative Medical officer of the State was obtained. If so, a certificate to that effect should be attached _____

9. कुल दावा राशि _____ रु.Rs _____
Total Amount Claimed

10. (-) _____ लिया गया अग्रिम (कुल राशि से घटाया जाना है) रु.Rs. _____
Less Advance taken on

11. दावा की गई निवल राशि रु.Rs. _____
Net amount claimed

12. संलग्नको की सूची
List of enclosures

घोषणा सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित होनी चाहिए।
DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिया गया विवरण मेरे ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार सही हैं और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है वह मेरे ऊपर पूर्ण रूप से निर्भर हैं। I hereby declare that the statements in the application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependant upon me.

दिनांक Date:

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर
एवं कार्यालय का नाम जिससे संलग्न हैं
Signature of the Government servant
and office to which attached

नोट: चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति हेतु दावा उपचार की समाप्ति की तारीख से तीन महीनों के अंदर प्रस्तुत किया जाए।

Note: Claims for reimbursement of medical expenses should be preferred within three months from the date of completion of treatment.

प्रमाणपत्र 'ख' CERTIFICATE 'B'

(उन रोगियों के मामले में भरा जाए जिन्हें इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती किया गया हो)

(To be completed in the case of patients who are admitted to hospital for treatment)

यह प्रमाण पत्र _____ में नियुक्त श्री _____ कौपत्नी/पुत्र/पुत्री/त्रीमती/त्री/कुमारी _____ पत्नी/पुत्र/पुत्री श्री _____ को दिया गया ।

Certificate granted to Mrs./Mr./Miss..... wife/son/daughter of Mr. employed in the

भाग - 'क' PART-'A'

मैं डॉ. _____ एतदद्वारा प्रमाणित करता हूँ _____

I, Dr. _____ hereby certify-

- क) कि रोगी को _____ के परामर्श/मेरे परामर्श से अस्पताल में भर्ती किया गया था ।
 (चिकित्सा अधिकारी का नाम)
 that the patient was admitted to hospital on the advice of
 (name of the Medical Officer)
 / on my advice;
- ख) कि रोगी इलाज के लिए _____ में रहा है और कि इस संबंध में मेरे द्वारा नुस्खों में दी गई निम्नलिखित औषधियां रोगी की हालत में सुधार लाने के लिए/गंभीर रूप से खराब होने से रोकने के लिए अनिवार्य थीं ये औषधियां _____
 (अस्पताल का नाम)

स्टाक में नहीं रखी जाती और ये स्वत्वाधिकार की मद्देनहीं हैं जिनके लिए समान चिकित्सा मूल्यवाली सस्ती औषधियां उपलब्ध हैं। न ही वे मूलतः खाद्य, शंगार सामग्री अथवा निसंक्रमक मद्देनहीं हैं ।

that the patient has been under treatment at..... and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/ prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in the (name of hospital) for supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparations, which are primarily foods, toilets or disinfectants.

औषधियों का नाम Name of medicines	कीमत Price	औषधियों का नाम Name of medicines	कीमत Price

- ग) कि दिए गए इंजेक्शन रोग प्रतिरोध क्षमता या रोग-निरोध के लिए थे/नहीं थे ।
 that the injections administered were not/ were for immunizing or prophylactic purposes;
- घ) कि रोगी _____ से पीड़ित है/था और _____ से _____ तक मेरे इलाज में है/था ।
 that the patient is/ was suffering fromand is / was under treatment from to
- ङ) कि जिन एक्सरे, प्रयोगशाला जांच आदि के लिए _____ रुपये की धनराश खर्च की गई, वे आवश्यक थे और मेरी सलाह से _____
 (अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम)

that the X-ray, laboratory test, etc., for which an expenditure of Rs..... was incurred were necessary and were undertaken on my advice at (name of the hospital or laboratory);

च) कि मैंने रोगी को विशेष परामर्श के लिए डॉ. _____ के पास भेजा और
(राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम)
का नियमों के अनुसार यथा आवश्यक अनुमोदन प्राप्त किया गया था।

that I called on Dr. for Specialist consultation and that the necessary
approval of the(name of the Chief Administrative Medical Officer
of the State) as required under the rules was obtained.

अस्पताल में रोगी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर और पदनाम
Signature and Designation of the Medical
Officer in charge of the case at the hospital

भाग 'ख' PART- 'B'

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी इलाज के लिए _____ अस्पताल में रहा है और कि विशेष नर्सों की
जिन सेवाओं के लिए _____ रुपये की घनराशि खर्च की गई थीं, जिनके बिल तथा रसीदे, संलग्न हैं, वे रोगी की
हालत को ठीक करने/गमीर रूप से खराब होने से रोकने के लिए अनिवार्य थीं।

I certify that the patient has been under treatment at the hospital and that the service
of the special nurses for which an expenditure of Rs. was incurred, vide bills and receipts
attached, were essential for the recovery/ prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

अस्पताल में रोगी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of the Medical Officer in charge
of the case at the hospital

प्रतिहस्ताक्षरित/COUNTERSIGNED

चिकित्सा अधिकारी / Medical Superintendent अस्पताल / Hospital

* मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी इलाज के लिए _____ अस्पताल में रहा है और उसे जो सुविधाएं दी
गई वे रोगी के इलाज के लिए अनिवार्य न्यूनतम सुविधाएं थीं।

* I certify that the patient has been under treatment at the hospital and that
the facilities provided were the minimum, which were essential for the patient's treatment.

चिकित्सा अधिकारी
Medical Superintendent

अस्पताल
Hospital

स्थान Place

नोट -जो प्रमाणपत्र लागू न हो वे काट दिए जायें। प्रमाणपत्र (डॉ.) अनिवार्य है और सभी मामलों में चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाना
चाहिए।

Note- Certificates not applicable should be struck off. Certificate (d) is compulsory and must be filled in
by the Medical Officer in all cases.

* 'न्यूनतम सुविधाएं प्रमाणपत्र' संबंधित अस्पताल चिकित्सीय अधीकारक द्वारा या अन्य राजपत्रित चिकित्सा अधिकारी जिन्हें चिकित्सीय
अधीकारक द्वारा इसके लिये प्राधिकृत किया गया हो, द्वारा हस्ताक्षरित किया जाए।

*The 'minimum facilities certificate' may be signed either by the Medical Superintendent of the Hospital
concerned or another Gazetted Medical Officer who has been authorized in this behalf by the Medical
Superintendent.

भारत सरकार
Government of India
भाभा परमाणु अनुसंधान केंद्र
Bhabha Atomic Research Centre
(आयुर्विज्ञान प्रभागसीएचएसएस)
(Medical Division-CHSS)

भापअ केंद्र अस्पताल BARC Hospital
अनुशक्तिनगर Anushaktinagar
मुंबई Mumbai-94

संदर्भRef : एमडी/सीएचएसएसMD/CHSS/14(1)/2014/ओपीए OPA-27433

12 नवंबर 2014

Nov. 12 , 2014

**विषय: माता-पिता/सास -ससुरआश्रित संबंधियों एवं 8 वर्ष से 25 वर्ष तक के
आयु के बच्चों के लिए वर्ष 2015 हेतु सीएचएसएस कार्डों का नवीनीकरण**

**Sub: Renewal of CHSS cards in respect of Parents/Parents-in-law/
Dependent relatives and children aged between 18 and 25 yrs
for the year 2015.**

1. दिनांक 8 नवंबर 2013 की इस अनुभाग की टिप्पणी सं एमडी/सीएचएसएस/ 14(1)/2013/ओपीए/26170 की ओर आपका ध्यान आकर्षित किया जाता है जो माता-पिता, सास -ससुर आश्रित संबंधियों एवं 18 वर्ष से 25 वर्ष तक के आयु के बच्चों के लिए सीएचएसएस कार्डों के पुनर्वैधीकरण /नवीनीकरण के संबंध में है।

Reference is invited to this Section Note No.MD/CHSS/14(1)/2013/ OPA-26170 dated 8 Nov, 2013 regarding revalidation/renewal of CHSS cards in respect of Parents, Parents-in-law, Dependent relatives and children aged between 18 and 25 years .

2. उपर्युक्त विषय पर दिनांक 27 जुलाई 2000 की टिप्पणी सं 1/7/99 / आईआरएंडडब्ल्यू 200 के साथ पठित दिनांक 22 जनवरी 1998 के पञ्चवि के का .ज्ञा. सं 7/55/94/ सीएचएसएस /आईआरएंडडब्ल्यू 37 के पैरा 4.2.1, 4.2.2 के अनुसार, प्रत्येक कर्मचारीसेवानिवृत्त कर्मचारी जो पञ्चवि सीएचएस योजना का सदस्य है, द्वारा परिवार के सदस्यों के लिए सीएचएसएस सुविधाओं को जारी रखने के प्रयोजन हेतु प्रत्येक कै लेंडर वर्ष के प्रारंभ में मात्रमि 1 की आय एवं आवास केसंबंध में निर्धारित प्रपत्र में घोषणा करते हुए उसे भापअ केंद्र के सीएचएसएस कार्यालय को प्रस्तुत करना होगा ।

In accordance with Para 4.2.1, 4.2.2 of the DAE O.M. No.7/55/94/CHSS/IR&W/37 dated January 22, 1998 read with Note No. 1/7/99/IR&W/200 dated July 27, 2000 on the above subject, every employee/retired employee who is a member of the DAE CHS Scheme has to make declaration in the prescribed form regarding income and residence of parents and furnish the same to CHSS Office, BARC at the beginning of every calendar year for the purpose of continuation of CHSS facilities for members of family.

3. भापअ केंद्र के निदेशक और नियंत्रक ने माता-पिता/सास-ससुर के सीएचएसएस कार्डों के पुनर्वैधीकरण की प्रक्रिया में परिवर्तन को अनुमोदित किया है जिसकी सूचना भापअ केंद्र के उप स्थापना अधिकारी (प्रशासन-I) के दिनांक 04 अक्टूबर, 2012 की टिप्पणी संख्या 32(1)/2007/एडीएम-I/ओपीए - 86282 और दिनांक 22 नवंबर, 2012 की टिप्पणी संख्या 32(1)/2007/एडीएम-I/ओपीए-101326 द्वारा दी थी। जिन मुख्य लाभार्थियों के मातापिता/सास-ससुर को पेंशन नहीं मिल रहा है और जिनकी कोई नियमित आमदनी नहीं है वे अपने संबंधित प्रशासनिक प्रभाग/इकाई के कार्यालय में प्रत्येक कै लेंडर वर्ष के प्रारंभ में घोषणा पत्र प्रस्तुत कर सकते हैं। ऐसे मामलों में संबंधित कर्मचारी/मुख्य लाभार्थी को पुनर्वैधीकरण के लिए भापअ केंद्र अस्पताल के सीएचएसएस कार्यालय में आवश्यकता नहीं है।

सीएचएसएस कार्यालय अपने रिकार्डों में प्रविष्टि कर देगा और कर्मचारी द्वारा प्रस्तुथा प्रभागीय सहायक कार्मिक अधिकारी/ प्रशासनिक अधिकारी-III द्वारा विधिवत पृष्ठकित घोषणा पत्र के आधार पर अस्पताल सूचना प्रणाली (एचआईएस) में नवीनतम सूचना डाल देगा। प्रभागीय कार्यालय घोषणा पत्र को पृष्ठकित करेगा कार्डों को पुनर्वैधीकृत करेगा और जिन कर्मचारियों के कार्डों को पुनर्वैधीकृत किया है उनकी समेकित सूची बनाकर दिनांक 16.01.2015 तक सीएचएसएस कार्यालय को अग्रेषित करेगा।

DEO(Admn.-I), BARC vide Note No.32(1)/2007/Adm-I/OPA-86282 dated October 4, 2012 and Note No. 32(1)/2007/Admn-I/OPA-101326 dated November 22, 2012 had communicated the approval of Director, BARC and Controller, BARC for change of procedure for revalidation of CHSS cards in respect of parents/parents-in-law. The Prime beneficiaries whose parents/parents-in-law are not in receipt of pension and not having any regular income, may furnish declaration in the prescribed declaration form (Copy enclosed) at the beginning of every calendar year at their respective Administrative Divisional/Unit Office. In such cases the concerned employee/prime beneficiary need not visit CHSS Office at BARC Hospital for revalidation. The CHSS Office will make entry in their records and update the Hospital Information System (HIS), based on the declaration submitted by the employee and duly endorsed by the Divisional APO/AOIII. The Divisional Office shall endorse the declaration, revalidate the CHSS cards and forward the forms along with consolidated list of employees whose card has been revalidated, to CHSS Office on or before 16.01.2015.

4. ऐसे माता-पिता जिनको नियमित आमदनी हैंपेंशन मिल रहा है और ऐसे आश्रित जो प्रति क्षि अंशदान का भुगतान करके पंजीकृत हैं उनके मामले में पुनर्वैधीकरण की प्रक्रिया वर्तमान कार्यविधि के अनुसार सीएचएसएस कार्यालय द्वारा पूरी की जाएगी। मातृपिता/सास-ससुर एवं आश्रितों के संबंध मेंपेंशन पास बुक/आमदनी का प्रमाण, जहां भी लागू हैका नवीनतम मूल दस्तावेजी साक्ष्य, सत्यापन के लिए सीएचएसएस कार्यालय में प्रस्तुकरना होगा।
In case of parents who are having regular income/pension and Dependents who are registered on payment of Per-Capita Contribution, the revalidation procedure will be done by CHSS Office as per existing procedure. In respect of parents/parents-in-law and Dependents the latest original documentary evidence of Pension Pass Book/ Income proof wherever applicable, shall have to be produced to CHSS Office for verification.
5. सीएचएस के नियम4.2.2 के अनुसार यह संबंधिकर्मचारी का उत्तरदायित्व है कि जैसे ही उसके परिवार का कोई सदस्य योजना का लाभ उठाने के लिए अपात्र हो जाता है वैसे ही वह भापअ केंद्र ज्ञास के आयुर्विज्ञान प्रभाग को सूचित करेगा और सीएचएसएस कार्ड वापस कर देगा।
कर्मचारी द्वारा प्रस्तु घोषणा पत्र को अतिम माना जाएगा और यदि यह गलत पाया जाता है तो कर्मचारी के विरुद्ध अनुशासनिककारवाई की जाएगी और कर्मचारी द्वारा दिए गए किसी भी स्फटीकरण पर विचार नहीं किया जाएगा।
As per Rule No.4.2.2 of CHSS it shall be the responsibility of the employee concerned to notify the Medical Division, BARC Hospital as soon as any member of the family becomes ineligible for the benefits of the scheme and to surrender the cards.
The declaration submitted by the employee will be treated as final and in case it is found to be false he/she will be liable for disciplinary action and no further explanation from the employee will be entertained.

- 6.** भापअ केंद्र केमुख्य प्रशासन अधिकारी द्वारा जारी एवं इस प्रभाग द्वारा यथासूचित दिनांक 17 नवंबर 2005 के इस प्रभाग के परिपत्र सं बीएआरसी/सीएचएसएस /4.2.1/5484 के अनुसार 18 वर्ष एवं उससे अधिक आयु वाले बच्चोंके सीएचएसएस कार्डों का पुनर्वैधीकरण इस प्रयोजन हेतु प्राथिकृत प्रभागीय सहायक कार्मिक अधिकारी/प्रशा.अधि.॥॥/वरिष्ठ वैयक्तिक सहायकों द्वारा किया जाएगा। कर्मचारियों से अनुरोध है कि घोषणा प्रपत्र (प्रति संलग्न) को भरकर बच्चों के कार्ड के पुनर्वैधीकरण हेतु संबंधित प्रभागीय कार्यालय को प्रस्तुत करें। प्रभागीकार्यालय सीएचएसएस कार्डों का पुनर्वैधीकरण करके उसे जारी कर सकते हैं तथा इसके सम्बन्धित वे पुनर्वैधीकरण हेतु घोषणा प्रपत्र को विधिवत प्रमाणित कर भापअ केंद्र अस्पताल के सीएचएसएस कार्यालय के सहायक कार्मिक अधिकारी को अग्रेषित कर दें ताकि भापअ केंद्र अस्पताल के कंप्यूटर सिस्टम में नवीनतामंड़ेरुंत डालाजा सके। कार्डों को आगे और दो वर्षों की अवधि के लिये पुनर्वैधीकृत किया जाएगा परंतु यह अवधि 25 वर्ष की आयु के आगे नहीं होनी चाहिए। यहाँ नोट किया जाए कि बच्चों की आय रु. 4000/- प्रति महीने से अधिक न हो।
- Revalidation of CHSS cards of children of 18 years and above will be done by the Divisional APOs/AO-IIIIs/ Sr.PAs authorized for this purpose as communicated vide this Divisions Circular No. BARC/CHSS/4.2.1/5484 dated Nov.17, 2005 issued by C.A.O., BARC. Employees are requested to fill up the Declaration form (Copy enclosed) and submit to the concerned Divisional Office for revalidation of the cards of children. Divisional Office may revalidate and issue the CHSS cards and also simultaneously forward the duly certified Declaration form for revalidation to APO, CHSS Office, BARC Hospital for immediately updating the Data in the Computer System of BARC Hospital. Cards will be revalidated for a further period of 2 years but the period should not go beyond 25 years of age. It may also be noted that the income limit of children is Rs.4000/- p.m.
- 7.** माता-पिता/सास-ससुरआश्रित संबंधियों के सीएचएसएस कार्डों के पुनर्वैधीकरण संबंधी कार्य भापअ केंद्र अस्पताल के सीएचएसएस कार्यालय में दिनांक 05.01.2015 से 30.01.2015 तक सुबह 11.00 बजे से दोपहर 01.00 बजे तक और दोपहर 02.30 बजे से 03.30 बजे के बीच संलग्न अनुलग्न के अनुसार ही किया जाएगा। कर्मचारियों से अनुरोध किया जाता है कि कृपया वे खिलौतारीखों एवं समय का पालन सुनिश्चित करें। कृपया यह सुनिश्चित किया जाए कि नवीनीकरण हेतु किया गया आवेदन पूर्ण रूप से भरा हुआ होसीएचएसएस कार्यालय को सही सूचना देना मुख्य लाभार्थी का उत्तरदायित्व होगा। Work relating to revalidation/ renewal of CHSS cards of parents/ parents-in-law and dependent relatives, who are having regular income/ pension will be done in CHSS Office, BARC Hospital from 05.01.2015 to 30.01.2015 between 11.00 a.m. to 01.00 p.m. and 02.30 p.m. to 03.30 p.m. strictly as per the annexure enclosed. Employees are requested to strictly follow the dates and time mentioned. It may please be ensured that the application for renewal is completed in all respects. Responsibility for the correctness of information furnished to CHSS Office will rest on the prime beneficiary.
- 8.** सीएचएसएस कार्डों के पुनर्वैधीकरण साविनीकरण हेतु कियाए अनुरोधको असाधारण कारणों यथा कर्मचारी के अवकाश पर, दौरे पर अस्थायी स्थानांतरण, प्रतिनियुक्ति पर आदि पर रहने को छोड़करदिनांक 31.01.2014 के पश्चात स्वीकार नहीं किया जाएगा जिसका उल्लेख प्रभागीय प्रशा.अधि.॥॥/सहायक कार्मिक अधिकारी द्वारा विशेष रूप से कियाजाएगा और ऐसे मामलों में इनके द्वारायूक्ती पर रिपोर्ट करने के माह के भीतर दोपहर 2.00 बजे से 3.30 बजे तक पुनर्वैधीकरण साविनीकरण किया जाएगा। Request for revalidation/renewal of CHSS cards after 30.01.2015 will not be entertained save for exceptional reasons like employees on leave, tour, temporary transfer,

deputation etc. which has to be specifically indicated by Divisional AO-III/ APO and in such cases, revalidation/renewal will be done between 2.00 p.m. and 3.30 p.m. within a month after they report for duty.

9. ऐसे कर्मचारीजिनके माता-पिता/सास-ससुरकी नियमित आमदनी/पेंशन एवं राहत की समेकित राशि रु.8000/- प्रति माह की आय सीमा से अधिक है उन्हें आश्रित नहीं माना जा सकता है एवं वे सीएचएसएस के लाभार्थी नहीं रहेंगे।
Parents/Parents-in-law of the employee whose regular income/pension plus relief thereon exceeds the consolidated amount of income limit of Rs.8000/- per month cannot be treated as dependent and they cease to be a CHSS beneficiary.

श्रीमती शीला मोहन

(Smt,Sheela Mohan)

प्रशासनिक अधिकारी-III

Administrative Officer - III

संलग्न पुनर्वैधीकरण हेतु प्रपत्र

Encl : Forms for revalidation

वितरण DISTRIBUTION:

सूची 'क' के अनुसार As per list 'A'

1. निदेशक(पीएंडए) / मुख्य प्रशासनिक अधिकारी, एचडब्ल्यूडी/डीसीएसईएम/टीएमसी/एईईएस
Dir (P&A) / CAO, HWB/DCSEM/TMC/AEES
 2. उप सचिव (प्रशासन), पञ्चवि DY. SECRETARY (ADMN.), DAE
 3. डीजीएम (पीएंडआईआर), एनपीसीआईएल DGM(P&IR), NPCIL
 4. प्रशा. अधि. III, डीपीएस/ब्रिट/डीसीएसईएम/टीआईएफआर/एचडब्ल्यूडी/एईआरबी/आईएसआरओ
A.O.III, DPS/BRIT/DCSEM/TIFR/HWB/AERB/ISRO
 5. अवर सचिव /एसआरओ, पञ्चवि UNDER SECRETARY/SRO, DAE
 6. महा प्रबंधक (एचआरडी), आईआरईएल GEN. MANAGER (HRD), IREL
 7. सहायक कमांडेंट्सीआईएसएफ ASSTT. COMMANDANT, CISF
 8. इकाइयों के अध्यक्ष भापअ केंद्र अस्पताल
HEADS OF UNITS, BARC HOSPITAL
 10. प्रभारी चिकित्सा अधिकारी, सभी औषधालय
M.O.INCHARGE, ALL DISPENSARIES
- } नोटिस बोर्ड पर लगाने हेतु
TO PLACE ON NOTICE BOARD

अनुलग्नक/ ANNEXURE

यह केवल उन कर्मचारियों के लिए लागू हीनके मात्रपिता को नियमित आमदनी है/पेंशन मिल रहा है।

**(APPLICABLE ONLY TO EMPLOYEES WHOSE PARENTS ARE
HAVING REGULAR INCOME/PENSION)**

**(दिनांक 12 नवंबर 2014 की टिप्पणी सं एमडी/सीएचएस/14(1)/2014/ओपीए/27433)
(NOTE No.MD/CHSS/14(1)/2014/OPA/27433 dtd Nov. 12, 2014)**

समय : प्रातः 11.00 बजे से दोपहर 1.00 बजे तक और दोपहर 2.30 बजे से 3.30 बजे तक

TIMINGS :11.00 am to 1.00 pm & 2.30 pm to 3.30 pm

जिन इकाइयों में कर्मचारीगणकार्यरत हैं उनके नाम EMPLOYEES WORKING IN	सीएचएस कार्डों के पुनर्वैधीकरणकी तारीख DATE OF REVALIDATING THE CHSS CARDS
भापआ केंद्र BARC	05.01.2015 to 09.01.2015
ईईएस/ईआरबी/एचडब्ल्यूबी AEES/AERB/HWB	12.01.2015
टीएमसी-परेल एण्ड टीएमसी- एक्ट्रेक TMC-PAREL&TMC-ACTREC	13.01.2015
एनपीसीआईएल/टीआईएफआर/सीआईएसएफ NPCIL/TIFR/CISF	19.01.2015 to 21.01.2015
डीसीएसईएम/डीपीएस DCSEM/DPS	22.01.2015
डीएई/ब्रिट/इसरो-एम/एनएफसी-एम DAE/BRIT/ISRO-M/NFC-M	23.01.2015
कर्मचारीजो उपर दिए गए तारीखों को नहीं आ सके FOR EMPLOYEES WHO COULD NOT COME ON THE DATES MENTIONED ABOVE	27.01.2015 to 30.01.2015

बच्चों के सीएचएस एस कार्डों के पुनर्वैधीकरण के लिए घोषणा पत्र का प्रपत्र
FORM OF DECLARATION FOR REVALIDATION OF THE CHSS CARDS OF CHILDREN

मुख्य लाभार्थी का नाम Name of the Prime Beneficiary	
पदनाम / Designation	
मुख्य लाभार्थी की जन्मतिथि Date of Birth of Prime Beneficiary	
अनुभाग/प्रभाग/इकाई/ Section /Division/Unit	
दूरध्वनी क्रमांक/ Telephone Number	
संसंसं एवं कर्मचारी सं. CC No. & Employee No	
मुख्य लाभार्थी की सीएचएसएस संख्या/औषधालय CHSS No. of Prime Beneficiary/Dispensary	
वेतन बैंड में वेतन ग्रेड वेतन Pay in Pay Band + Grade Pay	
स्वयं एवं बच्चों का वर्तमान पता Present Address of Self and Children	

जिन बच्चों के कार्डों का पुनर्वैधीकरण करवाना है उनका विवरण

Particulars of children requiring revalidation :

नाम /Name	जन्मतारीख/ Date of Birth	व्यवसाय एवं आय Occupation & Income	विद्यालय/महा विद्यालय School/College	वैवाहिक स्थिति Marital Status	अभ्युक्तियाँ Remarks

“मैं घोषणा करता हूँ कि ऊपर जिन बच्चों का उल्लेख किया गया है, वे अविवाहित हैं और मेरे साथ रह रहे हैं और मेरे ऊपर आश्रित हैं। ऊपर दिया गया विवरण सही है और ऐसा ही मेरे वैयक्तिक फाईल और सेवा पुस्तिका आदि के रिकार्ड में है। जैसे ही मेरे परिवार का कोई सदस्य प्रलाभ के लिए अपात्र हो जाता है वैसे ही मैं आयुर्बिज्ञन भाग को सूचित करूँगा और सीएचएसएस कार्ड वापस कर दूँगा। यदि किसी सदस्य बारे में कोई सूचना गलत पाई जाती है तो उस सदस्य का नाम तुरंत काट दिया जाएगा और उसके उपचार पर किया गया संपूर्ण खर्च वापस लिया जाएगा और इसके अतिरिक्त मेरे ऊपर अनुशासनिक का रखाई की जाएगी।”

“I declare that the children mentioned above are unmarried and staying with me and dependent upon me. Particulars furnished above are correct and are as recorded in my Personal File and Service Book etc. I shall notify Medical Division as soon as any member of my family becomes ineligible for the benefit and surrender the CHSS card. In case any information in respect of any member is found to be incorrect, the member's name will be cancelled forthwith and entire cost on the treatment shall be recovered and in addition I will be liable for disciplinary action”.

मुख्य लाभार्थी के हस्ताक्षर और तारीख :

Signature of the Prime Beneficiary with date : _____

कार्ड सी की वैधता की तारीख Card - C revalidated upto	
कार्ड डी की वैधता की तारीख Card - D revalidated upto	
कार्ड ई की वैधता की तारीख Card - E revalidated upto	

पुनर्वैधीकृत करने के लिए प्राधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर और तारीख एवं मोहर
Signature of Officer authorised to revalidate with date & stamp _____

सीएचएसएस सुविधा के पुनर्वैधीकरण के लिए आवेदन प्रपत्र

1. माता-पिता/सास-ससुर
2. 'संबंधी' की परिभाषा के अंतर्गत पंजीकृत अव्यक्ति जो प्रति व्यक्ति खर्च का भुगतान करते हैं

APPLICATION FORM FOR REVALIDATION OF CHSS FACILITY OF :-

1. PARENTS/ PARENTS-IN-LAW

2. OTHER DEPENDENTS REGISTERED UNDER DEFINITION "RELATIVE" PAYING PER-CAPITA EXPENDITURE

मुख्य लाभार्थी का नाम Name of the Prime Beneficiary	
पदनाम / Designation	
अनुभाग/प्रभाग/इकाई/ Section /Division/Unit	
दुर्घटनी क्रमांक /Telephone Number	
संसां संख्या/CC No. & Employee No	
मुख्य हितग्राही की अंस्वा. से यो. संख्या CHSS No. of Prime Beneficiary/Dispensary	
वेतन बैंड+ ग्रेड वेतन Pay in Pay Band+Grade Pay	
स्वयं एवं आश्रितों का वर्तमान पता Present Address of Self and Dependents	राशन कार्ड का पता Address on the Ration Card

जिन आश्रितों [माता-पिता/सास-ससुर/संबंधी]के कार्डों का पुनर्वैधीकरण करवाना है उनका विवरण

Particulars of Dependents [Parents/Parents-in-law/Relative] requiring revalidation :

नाम Name	संबंध Relationship	जन्म तारीख Date of Birth	व्यवसाय एवं आय Occupation & Income	अभियुक्तिया Remarks

"मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि ऊपर उल्लिखित मेरे पिता/माता/सास-ससुर/संबंधी मेरे साथ रह रहे हैं और मेरे ऊपर अधिकारी हैं। ऊपर दिया गया विवरण सही है और ऐसा ही मेरे वैयक्तिक फाईल और सेवा पुस्तिका आदि के रिकार्ड में है। जैसे ही मेरे परिवार का कोई सदस्य लाभ के लिए अपाव्र हो जाता है वैसे ही मैं आयुर्विज्ञान प्रभाग को सूचित करूँगा और सीएचएसएस कार्ड वापस कर दूँगा। यदि किसी सदस्यके बारे में कोई सूचना गलत पाई जाती है तो उस सदस्य का नाम तुरंत काट दिया जाएगा और उसके उपचार पर किया गया संपूर्ण खर्च वापस लिया जाएगा और इसके अतिरिक्त मेरे ऊपर अनुशासनिक कारबाई की जाएगी।"

"I hereby declare that my *father/mother/father-in-law/mother-in-law/relative mentioned above is/are staying with me and dependent upon me. Particulars furnished above are correct and are as recorded in my Personal File and Service Book etc. I shall notify Medical Division as soon as any member of my family becomes ineligible for the benefit and surrender the CHSS card. In case any information in respect of any member is found to be incorrect, the member's name will be cancelled forthwith, and entire cost on the treatment shall be recovered and in addition I will be liable for disciplinary action".

मुख्य लाभार्थी के हस्ताक्षर और तारीख

Signature of Prime Beneficiary with date : _____

कार्ड “एन” (पिता) का पुनर्वैधीकरण किस तारीख तक के लिए किया गया Card “N” [Father] is revalidated upto	
कार्ड “एम” (माता) का पुनर्वैधीकरण किस तारीख तक के लिए किया गया Card “M” [Mother] is revalidated upto	
कार्ड “एक्स” (ससुर) का पुनर्वैधीकरण किस तारीख तक के लिए किया गया Card “X” [Father-in-law] is revalidated upto	
कार्ड “वाई” (सास) का पुनर्वैधीकरण किस तारीख तक के लिए किया गया Card “Y” [Mother-in-law] is revalidated upto	
कार्ड “पी” () का पुनर्वैधीकरण किस तारीख तक के लिए किया गया Card “P” [] is revalidated upto	

स.का.अ, सीएचएसएस/ संबंधित प्रभाग के स्का.अ./प्रशाअधि.॥ के हस्ताक्षर और तारीख

Signature of APO, CHSS/ APO/AO-III of the concerned Divn. With date_____

पुनर्वैधीकरण के समय प्रस्तुदस्तावेज

Documents to be produced at the time of Revalidation :

1. नवीनतम आय प्रमाणपत्र/पेंशन पासबुक आदि की मूल प्रति और जिरॉक्सित
Latest Income certificate/Pension Pass Book etc. original with Xerox copy.
2. लाभार्थी के लिए नए कार्ड जारी करने हेतु फोटोग्राफ़ि पुनर्वैधीकरण के लिए जगह नहीं है।
Photograph of the beneficiary, for issue of new card where there is no space for revalidation.

(आवेदक द्वारा भरने हेतु : प्रत्येक रोगी के लिए अलग दावा प्रस्तुत करें, जहां आवश्यक हो वहां कृपया अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें)
(To be filled in by the applicant: separate claim for each patient: where necessary please attach additional sheet)

चिकित्सा खर्च की प्रतिपूर्ति हेतु दावा

CLAIM FOR REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES

(बाह्य रोगी के रूप में पर उपचार / Treatment as an outpatient)

1. आवेदक का /Applicant's का/a) नाम /Name :
ख/b) पदनाम /Designation :
ग/c) प्रभाग /Division इकाई /Unit :
घ/d) वर्तमान वेतन /Present pay :
च/e) संग.संकेत संख्या /Comp. Code No. :
छ/f) कर्मचारी संख्या /Employee No. :
2. आवासीय पता /Residential address :
3. (क/a) रोगी का नाम /Name of the patient :
(ख/b) दावेदार के साथ संबंध /Relationship with the claimant :
4. अंशदायी स्वास्थ्य सेवाएं योजना कार्ड संख्या /CHSS Card No. :
5. कृपया अंशदायी स्वास्थ्य सेवाएं योजना सुविधाओं का लाभ न ले सकने का कारण बताएं / Please state why you could not avail of CHSS facilities :
6. चिकित्सीय आपातकाल की घटना का स्थान एवं तारीख Date and place of occurrence of medical emergency :
7. क्या अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना को 4 दिन के अंदर सूचित किया गया ? यदि हाँ तो किसे (यदि ऐसा नहीं किया गया तो कृपया कारण बताएं) Whether reported to CHSS within 4 days, if so, to whom (if this was not done, please state the reasons) :
8. डाक्टर का नाम, योग्यता एवं पता जिससे उपचार कराया गया Name, qualification and address of the doctor from whom treatment availed of :
9. कृपया घर पर उपचार लेने की तारीख बताएं Please state the date on which treatment was taken at home. :
10. उपचार की अवधि /Period of treatment : से /From: _____ तक /to: _____
11. 'अनुमोदित औषध विक्रेता' के अलावा यदि किसी औषध-विक्रेता से औषधियाँ ली हीं तो कृपया उसका संक्षिप्त रूप से कारण बताएं If medicines have been brought from a chemist other than an 'approved shop', please give brief reasons. :
12. यदि उपचार बाद में अंतरंग रोगी के रूप में भी लिया गया हो तो उसका ब्यौरा कृपया एलईएस प्रपत्र 3में दे /If followed by in-patient treatment please give details of claim :

13. किए गए खर्च का व्यौरा /Details of expenses incurred

		संख्या Nos	दिनांक Date	राशि Amount
क) परामर्श (इसमें व्यावसायिक सेवा प्रभार शामिल है)				
a) Consultation (including professional : Service charges)				
i) रोगी के निवास स्थान पर (विजिट) At home of the patient (visits)	:			
ii) क्लिनिक पर / At the clinic	:			
ख /b) इंजेक्शन प्रभार /Injection charges	:			Rs. _____
ग /c) इंजेक्शन का मूल्य /Cost of injections :				Rs. _____
घ /d) डाक्टर द्वारा दी गई औषधियाँ आदि Medicines, etc. supplied by Doctor :				Rs. _____
च /e) औषध-विक्रेता से खरीदी गई औषधियाँ (कैश मेमों केवल प्राइवेट डाक्टर द्वारा ही प्रतिहस्ताक्षरित किया जाए) Medicines purchased from Chemists: shops (cash memos to be counter- signed by the private doctor only)				Rs. _____
छ) ली गई एक्स-रे की संख्या	एक्स-रे का कुल प्रभार			रु. _____
f) Number of X-rays taken	Total charges for X-rays			Rs. _____
प्रत्येक एक्स-रे का प्रभार charges for each X-ray.				
ज /g) मरहम पट्टी/स्यूचर (टांका) Dressing/Suturing charges				रु. _____ Rs. _____
झ) पैथालॉजी जांचों की संख्या	कुल प्रभार			रु. _____
h) Number of pathology tests	Total charges			Rs. _____
प्रति जांच दर / charges for each test				
य /i) अन्य प्रभार /Other charges				रु. /Rs. _____
				Rs. _____

संलग्नकों की संख्या /Number of enclosures:

(कृपया पिन या स्टेपल का प्रयोग करें / Please use pin or staples)

हस्ताक्षर /Signature : _____

दिनांक / Date : _____

सेवा में /To:

सहा.कार्मिक अधि./प्रशा.अधि.II(सीएचएसएस)
APO/AO-II (CHSS)

प्रपत्र 1 - ए / PROFORMA 1 - A

डाक्टर का नाम तथा योग्यताएं

Name and qualifications of the doctor

पता / Address:

प्रमाणपत्र / CERTIFICATE

प्रमाणित किया जाता है कि _____ का दिनांक _____ से _____ तक की अवधि के दौरान चिकित्सकीय आपातस्थिति में _____ के लिए उपचार किया गया। डाक्टरी जांच के अनुसार उनमें _____ की शिकायत पाई गई। मेरे विचार में, यदि चिकित्सकीय एवं विद्यमान परिस्थितियों में तुरन्त चिकित्सकीय सहायता नहीं दी गई होती तो उपरोक्त रोगी के स्वास्थ्य पर गंभीर खतरा /जोखिम या क्षतिकर परिणाम हो सकते थे। * बीमारी की गंभीरता को देखते हुए रोगी के घर पर जाकर इलाज करना आवश्यक था जिसके लिए उसका घर पर ही रहना जरूरी था। मेरा बिल, जिसका भुगतान हो चुका है, निम्नलिखित है।

Certified that _____ was treated in a medical emergency during the period from _____ to _____ for _____ and the clinical findings are _____.

In my opinion but for the immediate medical aid given there would have been, on the basis of medical and attendant considerations, a serious danger/hazard of severe or deleterious consequence to the health of the above patient.

* The home visits were necessary in view of the severity of the ailment, which require the patient to be confined at home. My bill, which has been paid, is as follows:

	<u>बिल / Bill</u>	<u>राशि / Amount</u>	
	<u>आवृति</u> <u>Nos</u>	<u>दिनांक</u> <u>Date</u>	<u>राशि</u> <u>Amount</u>
1.	परामर्श (इसमें व्यावसायिक सेवा प्रभार शामिल है) Consultation (including professional Service charges)		
	क/a) रोगी के निवास स्थान पर (विजिट) At home of the patient (visits):		
	ख/b) क्लिनिक पर / At the clinic :		
2.	औषध विक्रेता से खरीदी गई निर्धारित औषधियों के नाम Names of medicines bought from Chemist's shop/prescribed (कृपया स्पष्ट अक्षरों में लिखें / Please write clearly)		

	<u>परिमाण / Quantity</u>	<u>राशि / Amount</u>
a)		रु./Rs. _____
b)		रु./Rs. _____
c)		रु./Rs. _____
d)		रु./Rs. _____
e)		रु./Rs. _____

* यदि लाग नहीं है तो क्राइ दें / Strike out if inapplicable

3. चिकित्सा केंद्र में दी गई औषधियों / टेबलेट्स / पाउडर / के नाम (कृपया स्पष्ट अक्षरों में लिखें) Names of medicines/tablets/powders/mixtures dispensed at the Medical Centre (Please write clearly)

रु./Rs.

रु./Rs.

रु./Rs.

रु./Rs.

4. इंजेक्शन के ब्यौरे (कृपया स्पष्ट अक्षरों में लिखें) / Details of injections (Please write clearly)

नाम /NAME	क/A इंजेक्शनों की संख्या No. of injections	ख/B इंजेक्शनों का मूल्य Cost of injections	ग/C इंजेक्शन देने के लिए लिया गया प्रभार / Charges for administering injection
क /a)			
ख /b)			
ग /c)			
घ /d)			
च /e)			

5. अन्य मर्दे / Other items:

6. लिए गए एक्स-रे की संख्या

No. of X-rays taken

प्रति एक्स-रे प्रभार

Charges for each X-ray _____

कुल /Total रु./Rs. _____

7. मरहम पट्टी / टांका (स्यूचरिंग शुल्क)

Dressing/suturing charges

रु./Rs. _____

8. नैदानिक जांच की संख्या

No. of pathology tests _____

प्रत्येक जांच प्रभार

Charges for each test _____

कुल /Total रु./Rs. _____

9. अन्य प्रभार /Other charges

रु./Rs. _____

कुल /Total रु./Rs. _____

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त बिल में कोई टॉनिक, आहार या प्रसाधन की मर्दे शामिल नहीं हैं।

Certified that no tonics as such, food or toiletry items form part of the above bill.

भुगतान प्राप्त किया

Received payment

हस्ताक्षर (बिल के लिए) _____

Signature (for the bill) _____

दिनांक /Date: _____

* हस्ताक्षर (भुगतान के लिए)

: _____

Signature (for payment)

: _____

दिनांक /Date

: _____

* रु.500/- से अधिक भुगतान हेतु 1 रुपये का रेवेन्यू टिकट लगायें / 1 Re. Revenue stamp for payment exceeding Rs.500/-.

रसीद / RECEIPT

सीएचएसएस संख्या / CHSS No. _____

दिनांक/Date _____

मेरी ओषधियों/सीएचएसएस बिलों के मूल्य हेतु रु. _____ (रुपये _____)
लेखा अधिकारी, भापअ केंद्र, ट्राम्बे, मुंबई - 400 085 से प्राप्त हुए।

Received from Accounts Officer, BARC, Trombay, Mumbai - 400 085 a sum of Rs. _____
(Rupees _____) towards cost of
medicines/CHSS Bills due to me.

बँक का नाम / Name of Bank _____

शाखा का पता / Branch Address _____

बचत खाता संख्या / S.B. A/c. No. _____

आईएफएससी कोड संख्या / IFSC Code No. _____

हस्ताक्षर / Signature _____

नाम / Name : _____

यदि दाया रु.5,000/- से अधिक का हो तो कृपया रु.1/- का राजस्व टिकट लगाएं/
Please affix Revenue stamp of Rs.1/- if the claim exceeds Rs.5,000/-.

भाग -III- लेखा प्रभाग में उपयोग के लिए / Part-III- For use in Accounts Division

रु. _____ के भुगतान हेतु स्वीकृत एवं पारित / Admitted and passed for payment of Rs. _____

संबंधित सहायक / D.A.

सहायक लेखाकार / A.A.

सहायक लेखा अधिकारी / A.A.O.

CHECK LIST FOR LES 1 & LES 3 CLAIMS

1. Outpatient fill LES 1 & 1A form for OPD treatment. } Put 'X' whichever
is applicable
2. Inpatient fill LES 3 & 3A for inpatient treatment . }
3. Reported the case to dispensary within 4 days of its occurrence.
- 3a. If No, details thereof for delay.
4. Submission of form within one month from the day of discharge.
- 4a. If No, details thereof for delay.
5. Signature of the employee/retd. empl./spouse of deceased empl.
in the LES 1/LES 3 form.
- 5a. Signature of private Doctor with Name, Regn No., Qualification, and
Rubber stamp on form 1A / form 3A obtained.
- 5b. Clinical findings mentioned on the form IA/form 3A.
- 5c. Bank details furnished with Revenue Stamp (for claim above ₹ 5000/-)
for the retired employee.
6. Reasons furnished for availing OPD/In-patient treatment exceeding
7 days/15 days alongwith claim, (if applicable).
7. Xerox copy of CHSS card (both sides) of Parents/Children
above 18 yrs/Retd. empl./beneficiaries of deceased empl.
8. Whether followup treatment has been taken from BARC Hospital.
9. Enclosure viz. (a) Original Hospital Bill (b) Prescription of purchase of medicine
(c) Original cash memos with signature and stamp (d) Details of pathology tests
(e) Breakup of disposables, if any (f) Breakup of consumables, if any
(g) Discharge Summary (Xerox copy) (h) Clinical notes from the Hospital where the
patient was admitted (i) Reports of MRI/CT Scan if any.
(Any test or items/procedure performed which is not included in the form may please be
mentioned before the calculation of the expenses).

NOTE :

- If the inpatient treatment is taken outside Greater Mumbai, (only in case of emergency) by the retired employee. The claim, may please be preferred in MED 97 A under CSMA Rules 1944 and send to Accounts Section of the Unit concerned. Emergency Certificate from the Hospital should be obtained and enclosed with the form.
- Retired employees are not eligible for OPD treatment outside Greater Mumbai.
- The claim will not be entertained if the qualification of doctor is BAMS/BHMS, which is not recognized under Indian Medical Council.
- Total amount of the claim should be clearly mentioned in the appropriate column, all supporting bills mentioned as above should be enclosed.

Forms are available on BTS/BARC Website www.barc.gov.in

(कृपया जहाँ आवश्यक हो वहाँ अतिरिक्त पृष्ठ लगाएं
Where necessary please attach additional sheets)

चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति के दावों हेतु आवेदन

APPLICATION FOR CLAIMING REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES

(अंतर्रंग रोगी उपचार / INPATIENT TREATMENT)

1. आवेदक/Applicants
 - a) नाम/Name
 - b) पदनाम /Designation
 - c) प्रभाग/इकाई /Division/Unit
 - d) वेतन बैन्ड में वेतन/Pay in Pay Band - रु./Rs.
 - e) ग्रेड वेतन/Grade Pay - रु./Rs.
2. वास्तविक आवासीय पता एवं दूरभाष सं.
Actual residential address & Tel. No.
3. a) रोगी का नाम/Name of the patient
b) आवेदक के साथ संबंध/Relationship with the applicant
4. सीएचएस कार्ड संख्या एवं औषधालय का नाम
CHSS Card No. with Dispensary Name
5. सीएचएस सुविधा का लाभ नहीं ले पाने का कारण
Reasons why CHSS facilities could not be availed of
6. दिनांक, घटना का स्थान एवं आकस्मिक संकट शुरू होने का समय
Date, place of occurrence and time of commencement
of medical emergency
7. क्या 4 दिनों के अन्दर सीएचएस को रिपोर्ट किया गया?
यदि हाँ तो किसे? (यदि ऐसा नहीं किया गया, तो कृपया कारण बताएं)
Whether reported to CHSS within 4 days, if so to whom?
(If this was not done, please state the reasons)
8. अस्पताल का नाम जिससे उपचार कराया गया
Name of Hospital from which treatment availed of
9. यदि औषधि इत्यादि अनुमोदित दुकान के अलावा किसी अन्य
दुकान से खरीदी गई हैं, तो कृपया कारण बताएं
If medicines etc. have been bought from a shop other
than approved shop, please state the reasons

10. किए गए व्यय का विवरण /Details of expenses incurred

राशि Amount

- | | |
|--|-----------|
| a) ठहरने का प्रभार Stay charges | : रु./Rs. |
| b) शल्यक्रिया प्रभार Operation charges | : रु./Rs. |
| c) जाँच Investigations | : रु./Rs. |
| d) परामर्श Consultations | : रु./Rs. |
| e) इन्जेक्शन Injections | : रु./Rs. |
| f) दवाइयाँ Medicines | : रु./Rs. |
| g) एक्स-रे प्रभार X-ray charges | : रु./Rs. |
| h) रक्त आधान Blood transfusion | : रु./Rs. |

कुल रु./Total Rs.

दावे के समर्थन में अस्पताल का प्रमाणपत्र संलग्न है

A Certificate from the Hospital in support of the claim is enclosed.

हस्ताक्षर Signature :

दिनांक Date :

संलग्नक/Encl :

सहायक कार्मिक अधिकारी (सीएचएसएस)

APO (CHSS)

(एलईएस प्रपत्र-3 का अनुलग्नक/Enclosure to LES Form -3
प्रत्येक रोगी हेतु अलग बिल/separate bill for each patient)

प्रपत्र- 3-ए/PROFORMA - 3A

अस्पताल का पता/Address of the Hospital:

प्रमाणपत्र/CERTIFICATE

प्रमाणित किया जाता है कि _____ का दिनांक _____

से _____ तक की अवधि के दौरान _____ के लिए चिकित्सीय आपातकाल के कारण उपचार किया गया और चिकित्सीय परिणाम इस प्रकार हैं _____

Certified that _____ was treated in a medical emergency during the period from _____ to _____ for _____ and the clinical findings are _____

हमारे विचारानुसार चिकित्सीय एवं सहवर्ती सोच-विचार के आधार पर यदि तत्काल चिकित्सा सहायता नहीं दी जाती तो उपर्युक्त रोगी के स्वास्थ्य को गंभीर खतरा/क्षति अथवा हानि हो सकती थी। हमारे द्वारा भुगतान किया गया बिल निम्नलिखित हैं:

In our opinion but for the immediate medical aid given there would have been, on the basis of medical and attendant considerations, a serious danger/hazard or deleterious consequence to the health of the above patient. Our bill which has been paid is as follows:

राशि/Amount

a) ठहरने का प्रभार/Stay charges:

दिनांक _____ से _____
तक दिवस _____ के लिए रु. प्रति दिन _____ रु.
days from _____ to _____ at Rs. _____ per day Rs.

b) शल्यक्रिया प्रभार/Operation charges:

1) की गई शल्यक्रिया की प्रकृति एवं दर रु. _____ रु./Rs. _____
Nature of operation performed & rate Rs. _____

2) एनेस्थेटिस्ट प्रभार _____ रु./Rs.
Anesthetists charges

3) शल्यक्रिया कक्ष प्रभार _____ रु./Rs.
Operation theatre charges

c) जाँच/Investigations :

(विवरण दें give details)

d) परामर्श/Consultations:

- i) आरंभिक परामर्श रु./Rs. _____ रु./Rs. _____
Initial consultation
- ii) अनुवर्ती परामर्श संख्या/Nos. _____ रु./Rs. _____
Subsequent consultation रु./Rs. _____

e) इन्जेक्शन/Injections

- i) इंजेक्टिबल्स का मूल्य Cost of injectibles रु./Rs. _____
- ii) इन्जेक्शन लगाने का शुल्क Charges for administration रु./Rs. _____

f) दवाइयाँ/Medicines

(विवरण दें give details)

g) एक्स-रे प्रभार/X-Ray charges

- i) प्लेटों की संख्या No. of plates _____
- ii) प्रत्येक एक्स-रे का प्रभार रु. _____ रु./Rs. _____
Charges for each X-Ray Rs. _____

f) रक्त आधान/Blood transfusion

रु./Rs. _____

कुल रु./Total Rs. _____

प्रमाणित किया जाता है कि उपर्युक्त बिल में कोई भी प्रसाधन सामग्री शामिल नहीं है।
Certified that no toiletry items form part of the above bill.

चिकित्सक के हस्ताक्षर

नाम, शैक्षणिक योग्यता रबड़ की मोहर सहित

Signature of the Medical Practitioner

Name, Qualifications with rubber stamp.

यदि विवरण नहीं दिए जाएंगे, तो दावा लौटा दिया जाएगा।
If details are not given, the Claim will be returned.

रसीद / RECEIPT

सीएचएसएस संख्या / CHSS No. _____

दिनांक/Date _____

मेरी ओषधियों/सीएचएसएस बिलों के मूल्य हेतु रु. _____ (रुपये _____)
लेखा अधिकारी, भापअ केंद्र, ट्राम्बे, मुंबई - 400 085 से प्राप्त हुए।

Received from Accounts Officer, BARC, Trombay, Mumbai - 400 085 a sum of Rs. _____
(Rupees _____) towards cost of
medicines/CHSS Bills due to me.

बैंक का नाम / Name of Bank _____

शाखा का पता / Branch Address _____

बचत खाता संख्या / S.B. A/c. No. _____

आईएफएससी कोड संख्या / IFSC Code No. _____

हस्ताक्षर / Signature _____

नाम / Name : _____

यदि दाया रु.5,000/- से अधिक का हो तो कृपया रु.1/- का राजस्व टिकट लगाएं/
Please affix Revenue stamp of Rs.1/- if the claim exceeds Rs.5,000/-.

भाग -III- लेखा प्रभाग में उपयोग के लिए / Part-III- For use in Accounts Division

रु. _____ के भुगतान हेतु स्वीकृत एवं पारित / Admitted and passed for payment of Rs. _____

संबंधित सहायक / D.A.

सहायक लेखाकार / A.A.

सहायक लेखा अधिकारी / A.A.O.

CHECK LIST FOR LES 1 & LES 3 CLAIMS

1. Outpatient fill LES 1 & 1A form for OPD treatment. } Put 'X' whichever
is applicable
2. Inpatient fill LES 3 & 3A for inpatient treatment . }
3. Reported the case to dispensary within 4 days of its occurrence.
- 3a. If No, details thereof for delay.
4. Submission of form within one month from the day of discharge.
- 4a. If No, details thereof for delay.
5. Signature of the employee/retd. empl./spouse of deceased empl.
in the LES 1/LES 3 form.
- 5a. Signature of private Doctor with Name, Regn No., Qualification, and
Rubber stamp on form 1A / form 3A obtained.
- 5b. Clinical findings mentioned on the form IA/form 3A.
- 5c. Bank details furnished with Revenue Stamp (for claim above ₹ 5000/-)
for the retired employee.
6. Reasons furnished for availing OPD/In-patient treatment exceeding
7 days/15 days alongwith claim, (if applicable).
7. Xerox copy of CHSS card (both sides) of Parents/Children
above 18 yrs/Retd. empl./beneficiaries of deceased empl.
8. Whether followup treatment has been taken from BARC Hospital.
9. Enclosure viz. (a) Original Hospital Bill (b) Prescription of purchase of medicine
(c) Original cash memos with signature and stamp (d) Details of pathology tests
(e) Breakup of disposables, if any (f) Breakup of consumables, if any
(g) Discharge Summary (Xerox copy) (h) Clinical notes from the Hospital where the
patient was admitted (i) Reports of MRI/CT Scan if any.
(Any test or items/procedure performed which is not included in the form may please be
mentioned before the calculation of the expenses).

NOTE :

- If the inpatient treatment is taken outside Greater Mumbai, (only in case of emergency) by the retired employee. The claim, may please be preferred in MED 97 A under CSMA Rules 1944 and send to Accounts Section of the Unit concerned. Emergency Certificate from the Hospital should be obtained and enclosed with the form.
- Retired employees are not eligible for OPD treatment outside Greater Mumbai.
- The claim will not be entertained if the qualification of doctor is BAMS/BHMS, which is not recognized under Indian Medical Council.
- Total amount of the claim should be clearly mentioned in the appropriate column, all supporting bills mentioned as above should be enclosed.

Forms are available on BTS/BARC Website www.barc.gov.in

भाभा परमाणु अनुसंधान केंद्र
BHABHA ATOMIC RESEARCH CENTRE

(अंशादायी स्वास्थ्य सेवा योजना/Contributory Health Service Scheme)

अंशादायी स्वास्थ्य सेवा योजना के द्वारा / डॉक्टरों द्वारा प्रस्तुत की गई औषधियों

आदि की खरीद (एल ई एस) के अतिरिक्त पर खर्च की गई धनराशि की अदायगी के लिए आवेदन पत्र

APPLICATION FOR CLAIMING REIMBURSEMENT OF EXPENSES ON PURCHASE OF MEDICINES ETC.

RECOMMENDED BY CHSS MEDICAL CENTRES / DOCTORS (OTHER THAN UNDER LES)

भाग I - आवेदक द्वारा भरा जाए / Part I - To be filled in by the applicant

नाम / Name पदनाम / Designation प्रभाग / Division संगणक संकेत संख्या/Comp. Code No.

--	--	--	--

री एच एस एस संख्या
CHSS No.

रोगी का नाम / Name of the patient

संबंध/Relationship

औषधालय
Dispensary

खर्च की गई धनराशि का विवरण / Details of expenses

कर्मचारी संख्या / Employee No.

क्रम संख्या Sl. No.	रसीट (केश मेमो) / Cash Memo			औषधियों के नाम Name of the Medicine	जिसके द्वारा औषधियों प्रस्तुत की गई ¹ Medicine prescribed by Dispensary / Hospital
	संख्या Number	दिनांक Date	राशि रु / Rs. मैट्रि / P		
					मेडिकल स्टोर का नाम Name of Medical Shops

रातगत : 1. दवाओं का नुस्खा / Prescription

Enclosures : 2. रसीट (केश मेमो) / Cash Memos ()

सेवा में,
To,

आवेदक के हस्ताक्षर / Signature of applicant

प्रभारी चिकित्सा अधिकारी / Medical Officer - In - Charge

औषधालय Dispensary	
----------------------	--

यूनिट, भापअ केंद्र अस्पताल Unit, BARC Hospital	
---	--

दिनांक / Date :

भाग II - सी एच एस औषधालय / भापअ केंद्र अस्पताल के चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाए।

Part II - To be filled in by Medical Officer CHSS Dispensary / BARC Hospital

दावा की गई धनराशि
Amount claimed

रुपये Rs.	
--------------	--

अनुमोदित की गई धनराशि
Amount approved

रुपये Rs.	
--------------	--

अस्वीकार की गई धनराशि का विवरण / Details of amounts disallowed

धनराशि / Amount	औषध का नाम / Name of medicine	कारण / Reasons

धनराशि की अदायगी के लिए स्वीकार की गयी मर्दे (आयटम) चिकित्सा की दृष्टि से खाद्य पदार्थ / कीटाणु नाशक / प्रसाधन सामग्री तथा सीदर्य सामग्री नहीं होनी चाहिए।

The items allowed for reimbursement are not purely food / disinfectant / toilet articles but are 'ethical' products from the medical point of view

प्रभारी चिकित्सा अधिकारी / M.O. In-charge

औषधालय
Disp.

यूनिट / भापअ केंद्र अस्पताल
Unit, BARC Hospital

अध्यक्ष, चिकित्सा प्रभाग / Head, Medical Division

* यदि स्वीकृत धनराशि 250/- रुपये से अधिक हो अथवा शास्त्र चिकित्सा उपकरणों के लिये दावा किया गया हो।

* If the amount admitted exceeds Rs. 250/- or if the claim is for surgical applications.

सहायक लेखा अधिकारी (एम) / A.A.O. (M)

भाग III - लेखा प्रभाग में उपयोग के लिए
Part III - For use in Accounts Division

रुपये के _____ के बेतन द्वारा भुगतान हेतु स्वीकृत एवं पारित.

Admitted and passed for payment of Rs. _____ through salary for _____

बच्चों के सीएचएस लाभार्थी कार्डों के पुनर्वैधीकरण के लिए घोषणा पत्र का प्रपत्र

FORM OF DECLARATION FOR REVALIDATION OF THE CHSS CARDS OF CHILDREN

मुख्य लाभार्थी का नाम Name of the Prime Beneficiary	
पदनाम / Designation	
मुख्य लाभार्थी की जन्मतिथि Date of Birth of Prime Beneficiary	
अनुभाग/प्रभाग/इकाई/ Section /Division/Unit	
दूरध्वनी क्रमांक / Telephone Number	
सं.सं.सं. एवं कर्मचारी सं. / CC No. & Employee No	
मुख्य लाभार्थी की सीएचएस संख्या/औषधालय CHSS No. of Prime Beneficiary/Dispensary	
वेतन बैंड में वेतन + ग्रेड वेतन Pay in Pay Band + Grade Pay	
स्वयं एवं बच्चों का वर्तमान पता Present Address of Self and Children	

जिन बच्चों के कार्डों का पुनर्वैधीकरण करवाना है उनका विवरण :

Particulars of children requiring revalidation :

नाम /Name	जन्मतारीख/ Date of Birth	व्यवसाय एवं आय Occupation & Income	विद्यालय/महा विद्यालय School/College	वैवाहिक स्थिति Marital Status	अन्युक्तियाँ/ Remarks

“मैं घोषणा करता हूँ कि ऊपर जिन बच्चों का उल्लेख किया गया है, वे अविवाहित हैं और मेरे साथ रह रहे हैं और मेरे ऊपर आश्रित हैं। ऊपर दिया गया विवरण सही है और ऐसा ही मेरे वैयक्तिक फाइल और सेवा पुस्तिका आदि के रिकार्ड में है। जैसे ही मेरे परिवार का कोई सदस्य इस लाभ के लिए अपात्र हो जाता है वैसे ही मैं आयुर्विज्ञान प्रभाग को सूचित करूँगा और सीएचएस कार्ड वापस कर दूँगा। यदि किसी सदस्य के बारे में कोई सूचना गलत पाई जाती है तो उस सदस्य का नाम तुरंत काट दिया जाएगा और उसके उपचार पर किया गया संपूर्ण खर्च वापस लिया जाएगा और इसके अतिरिक्त मेरे ऊपर अनुशासनिक कारबाई की जाएगी।”

“I declare that the children mentioned above are unmarried and staying with me and dependent upon me. Particulars furnished above are correct and are as recorded in my Personal File and Service Book etc. I shall notify Medical Division as soon as any member of my family becomes ineligible for the benefit and surrender the CHSS card. In case any information in respect of any member is found to be incorrect, the member's name will be cancelled forthwith and entire cost on the treatment shall be recovered and in addition I will be liable for disciplinary action”.

मुख्य लाभार्थी के हस्ताक्षर और तारीख :

Signature of the Prime Beneficiary with date : _____

कार्ड सी की वैधता की तारीख Card - C revalidated upto	
कार्ड डी की वैधता की तारीख Card - D revalidated upto	
कार्ड ई की वैधता की तारीख Card - E revalidated upto	

पुनर्वैधीकृत करने के लिए प्राधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर और तारीख एवं मोहर :

Signature of Officer authorised to revalidate with date & stamp _____

माता-पिता/सास-ससुर एवं 'संबंधी' की परिभाषा के अंतर्गत पंजीकृत अन्य आश्रित जो प्रति व्यक्ति खर्च का भुगतान करते हैं, उनके सीएचएसएस सुविधा के पुनर्वैधीकरण/घोषणा के लिए आवेदन प्रपत्र

**APPLICATION FORM FOR REVALIDATION/DECLARATION OF CHSS FACILITY OF PARENTS/
PARENTS-IN-LAW AND OTHER DEPENDENTS REGISTERED UNDER DEFINITION "RELATIVE"
PAYING PER-CAPITA EXPENDITURE**

मुख्य लाभार्थी का नाम Name of the Prime Beneficiary	
पदनाम / Designation	
अनुभाग/प्रभाग/इकाई/Section /Division/Unit	
दुरुध्वनी क्रमांक /Telephone Number	
सं.सं.सं. एवं कर्मचारी सं. / CC No. & Employee No	
मुख्य हितग्राही की अं. स्वा. से. यो. संख्या CHSS No. of Prime Beneficiary/Dispensary	
वेतन बैंड + ग्रेड वेतन Pay in Pay Band+Grade Pay	
स्वयं एवं आश्रितों का वर्तमान पता Present Address of Self and Dependents	राशन कार्ड का पता Address on the Ration Card

जिन आश्रितों [माता-पिता/सास-ससुर/संबंधी] के कार्डों का पुनर्वैधीकरण करवाना है उनका विवरण:

Particulars of Dependents [Parents/Parents-in-law/Relative] requiring revalidation :

नाम Name	संबंध/ Relationship	जन्म तारीख Date of Birth	व्यवसाय एवं आय Occupation & Income	अभियुक्तिया Remarks

"मैं एतदद्वारा घोषणा करता हूं कि ऊपर उल्लेखित मेरे पिता/माता/ससुर/सास/संबंधी मेरे साथ रह रहे हैं और मेरे ऊपर अधित हैं। ऊपर दिया गया विवरण सही है और ऐसा ही मेरे वैयक्तिक फाईल और सेवा पुस्तिका आदि के रिकार्ड में है। जैसे ही मेरे परिवार का कोई सदस्य इस लाभ के लिए अपात्र हो जाता है वैसे ही मैं आयुविज्ञान प्रभाग को सूचित करूंगा और सीएचएसएस कार्ड वापस कर दूँगा। यदि किसी सदस्य के बारे में कोई सूचना गलत पाई जाती है तो उस सदस्य का नाम तुरंत काट दिया जाएगा और उसके उपचार पर किया गया संपूर्ण खर्च वापस लिया जाएगा और इसके अतिरिक्त मेरे ऊपर अनुशासनिक कारवाई की जाएगी।"

"I hereby declare that my *father/mother/father-in-law/mother-in-law/relative mentioned above is/are staying with me and dependent upon me. Particulars furnished above are correct and are as recorded in my Personal File and Service Book etc. I shall notify Medical Division as soon as any member of my family becomes ineligible for the benefit and surrender the CHSS card. In case any information in respect of any member is found to be incorrect, the member's name will be cancelled forthwith, and entire cost on the treatment shall be recovered and in addition I will be liable for disciplinary action".

मुख्य लाभार्थी के हस्ताक्षर और तारीख :

Signature of Prime Beneficiary with date : _____

कार्ड "एन" (पिता) का पुनर्वैधीकरण किस तारीख तक के लिए किया गया Card "N" [Father] is revalidated upto	
कार्ड "एम" (माता) का पुनर्वैधीकरण किस तारीख तक के लिए किया गया Card "M" [Mother] is revalidated upto	
कार्ड "एक्स" (ससुर) का पुनर्वैधीकरण किस तारीख तक के लिए किया गया Card "X" [Father-in-law] is revalidated upto	
कार्ड "वाई" (सास) का पुनर्वैधीकरण किस तारीख तक के लिए किया गया Card "Y" [Mother-in-law] is revalidated upto	
कार्ड "पी" () का पुनर्वैधीकरण किस तारीख तक के लिए किया गया Card "P" [] is revalidated upto	

स.का.अ, सी.ए.च.ए.स/एस/ संबंधित प्रभाग के स.का.अ./प्रशा.अधि.॥ के हस्ताक्षर और तारीख

Signature of APO, CHSS/ APO/AO-II, of the concerned Divn. With date _____

पुनर्वैधीकरण के समय प्रस्तुत दस्तावेज

Documents to be produced at the time of Revalidation :

1. नवीनतम आय प्रमाणपत्र/पेंशन पासबुक आदि की मूल प्रति और जिरॉक्स प्रति
Latest Income certificate/Pension Pass Book etc. original with Xerox copy.
2. लाभार्थी के लिए नए कार्ड जारी करने हेतु फोटो, यदि पुनर्वैधीकरण के लिए जगह नहीं है।
Photograph of the beneficiary, for issue of new card where there is no space for revalidation.