



महर्षि दयानन्द सरस्वती विश्वविद्यालय, अजमेर

विश्वविद्यालय कर्मचारी और उनके परिवार के उपचार अथवा चिकित्सक (मेडिकल अटेन्डेन्ट)

के सम्बन्ध में किये गये चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति के लिए प्रार्थना-पत्र

वेतन कोड -----

सूचना :- प्रत्येक रोगी के लिए अलग प्रपत्र का प्रयोग किया जाना चाहिए।

1. कर्मचारी का नाम ----- पद ----- एवं अनुभाग -----
2. निवास स्थान का पता -----
3. स्थाई/अस्थायी ----- नियुक्ति तिथि ----- वेतन -----
4. रोगी का नाम ----- आयु ----- वि. वि. कर्मचारी से संबंध -----
5. रोगी के बीमार होने का स्थान (आउटडोर टिकट संलग्न करें)
6. चिकित्सालय/चिकित्सक का नाम -----
7. भर्ती होने की दिनांक ----- डिस्चार्ज होने की दिनांक -----
8. प्रयोगशाला शुल्क (रसीद संलग्न करें) -----
9. विशिष्ट भोजन शुल्क -----
10. रोगी वाहन (एम्बुलेंस) का व्यय (रसीद संलग्न करें) -----
11. चिकित्सक का परीक्षण शुल्क / विशेषज्ञों का परीक्षण शुल्क -----
12. औषधियों का मूल्य -----
13. इंजेक्शन लगाने/ड्रेसिंग करने का कम्पाउण्डर/नर्स का शुल्क -----
14. अन्य व्यय -----
15. मांगी गयी कुल राशि -----
16. संलग्न प्रपत्रों की सूची परमावश्यक प्रमाण पत्र ----- बीजक -----
17. (क) मैं घोषित करता/करती हूँ कि इस प्रमाण-पत्र के विवरण, जहां तक मेरी जानकारी व विश्वास है, सही है और रोगी जिस पर चिकित्सा व्यय किया गया है, पूर्णतया मुझ पर निर्भर है।
(ख) मैं यह भी घोषित करता/करती हूँ कि जो दवाइयां मेरे द्वारा खरीदी गई हैं। उनका पुनर्भरण मैंने पूर्व में नहीं लिया अथवा प्रस्तुत नहीं किया है।

दिनांक ----- 20 -----

वि.वि. कर्मचारी के हस्ताक्षर

प्रमाण पत्र/घोषणा

परिवार के सदस्यों के चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति के प्रार्थना-पत्र के साथ लगाये जाने वाले प्रमाण-पत्र।

1. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पिताजी/माताजी मुझ पर पूर्णतया निर्भर है और उनके मेरे अलावा कोई बालिग पुत्र नहीं हैं तथा उनकी मासिक आय 500/- प्रतिमास से कम है।
2. मैं प्रमाणित करता हूँ कि मेरी पत्नी (एक से अधिक नहीं) मेरा पति (अगर महिला कर्मचारी है)/पुत्र (दत्तक पुत्र सहित)/पुत्री/पुत्रियाँ एवं माता-पिता मुझ पर पूर्णतया निर्भर है।

वि.वि.कर्मचारी के हस्ताक्षर

आवश्यक कार्यवाही हेतु वित्त नियन्त्रक, महर्षि दयानन्द सरस्वती विश्वविद्यालय, अजमेर को प्रेषित है।

विभागाध्यक्ष/प्रभारी के हस्ताक्षर

लेखा एवं वित्त विभाग के प्रयोग हेतु

क्रम संख्या ----- पृष्ठ संख्या ----- चिकित्सा सहायता राशि रु. -----
 राशि रु. ----- का भुगतान चैक संख्या ----- (-----)
 दिनांक ----- के द्वारा किया गया। ----- भुगतान किया जाय।

अनुभागाधिकारी (विवले)

सहायक/उप कुलसचिव (विवले)

परमावश्यक प्रमाण-पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी _____ जो कि _____ विभाग में नियुक्त है के पिता/माता/पत्नि/पति/पुत्र/पुत्री, श्री/श्रीमती/कुमारी _____ जो _____

अस्पताल/इन्डोर/आउटडोर में मेरे परामर्श कक्ष में रहा है/रही है। इस सम्बंध में मेरे द्वारा निर्धारित निम्नलिखित औषधियां रोगी की दशा में हो रही गम्भीर गिरावट को रोकने/रोगी के पुनः स्वस्थ होने के लिए परमावश्यक है/थी। ये औषधियां बाहर के रोगियों को देने के लिए इस अस्पताल में संग्रहीत नहीं की जाती और इसमें एसी प्रोपराईटरी औषधियां (प्रिपरेशन्स) सम्मिलित नहीं है जिनके लिए समानगुण वाले (थैराप्यूटिक वैल्यू के) सस्ते पदार्थ प्राप्त है अथवा जो मूलतः भोज्य प्रसाधन या निसंकामक श्रेणी में आते हो :-

(कृपया औषधियों के नाम स्पष्ट अक्षरों में लिखें)

क्र.सं.	कैशमीमो सं./दि.	दुकान का नाम	औषधियों का नाम	रूपये	पैसे
---------	-----------------	--------------	----------------	-------	------

(आवश्यकता होने पर अलग से विवरण संलग्न करें) कुल राशि रूपये _____

1. प्रमाणित किया जाता है की रोगी _____ से पीड़ित है/था और तारीख _____ से _____ तक मेरे उपचार में है/था। यह भी प्रमाणित किया जाता है कि उपयुक्त रोग /रतिरोग (वैनिरियल) सन्निपात (डलेरियम) उपचार / प्रसव पूर्व /जन्मोत्तर समबन्धी बीमारियों में नहीं आता।
2. रोगी के अस्पताल में रहने की आवश्यकता थी/नहीं थी। यह मामला निश्चित रूप से लम्बे उपचार का है/नहीं है।/ था नहीं था।
3. प्रमाणित किया जाता है कि उपचार कार्य पूरा हो चुका/चालू है।

अधिकृत चिकित्सक के रजिस्टर का क्र.सं. _____
दिनांक _____

अधिकृत चिकित्सक के हस्ताक्षर
एवं मोहर

चिकित्सक/विशेषज्ञ का परीक्षण शुल्क प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी _____ जो कि _____ विभाग में नियुक्त है के पिता/माता/पत्नि/पति/पुत्र/पुत्री, श्री/श्रीमती/कुमारी _____ आयु _____ रोग _____ से दिनांक _____ से पीड़ित था/थी तथा मेरी चिकित्सा में था। मैंने उनके निवास स्थान/परामर्श कक्ष पर दिनांक _____ से समय रात्रि/दिन _____ बजे _____ बार उसकी परीक्षा की, मैंने परीक्षण करने का शुल्क रु. _____ प्राप्त किया।

अधिकृत चिकित्सक के हस्ताक्षर
मय मोहर

नर्स/कम्पाउण्डर द्वारा इंजेक्शन लगाने का शुल्क प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी _____ जो कि _____ विभाग में नियुक्त है के पिता/माता/पत्नि/पति/पुत्र/पुत्री, श्री/श्रीमती/कुमारी _____ आयु _____ रोग _____ से दिनांक _____ से पीड़ित था/थी। मैंने अस्पताल/औषधालय के अधिकृत चिकित्सक द्वारा निर्देशित इंजेक्शन रोगी के निवास स्थान पर दिनांक _____ को दिन/रात्री समय _____ बजे _____ इंजेक्शन लगाए क्यो कि रोगी अस्पताल/औषधालय पहुंचने की स्थिति में नहीं था। मैंने इंजेक्शन लगाने का शुल्क रु. _____ प्राप्त किया। प्रति हस्ताक्षरित

हस्ताक्षर एवं पद
कम्पाउण्डर/नर्स

अधिकृत चिकित्सक (मोहर)