

भारत सरकार / GOVERNMENT OF INDIA
अंतरिक्ष विभाग / DEPARTMENT OF SPACE
वीएसएससी / VSSC / ए पी ई पी APEP
आलुवा / ALUVA

अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना/ CONTRIBUTORY HEALTH SERVICE SCHEME

दवाओं के मूल्य की प्रतिपूर्ति का दावा हेतु आवेदन प्रपत्र

Form of Application for claiming reimbursement of the cost of medicines

(यी नोट करें - प्रत्येक रोगी के लिए अलग प्रपत्र का उपयोग करें) (N.B. :- Separate form should be used for each patient)

1. क/आ) कर्मचारी का नाम (साफ अक्षरों में)/Name (In BLOCK LETTERS) ख/ब) पदनाम और कर्मचारी कोड सं/ Designation & SC No.	
2. निवासीय पता (पूरा पता दें) Residential address (Give full address)	
3. क/आ) रोगी का नाम/Name of the patient ख/ब) सरकारी कर्मचारी से उसका संबंध /His/Her relationship to the Govt. Servant (बच्चों के मामले में आयु भी सूचित करें/ (in the case of children state age also)	
4. सीएचएसएस पंजीकरण कार्ड सं/CHSS Registration Card No.	
5. विशेषज्ञ परामर्श Specialist Consultation	क) विशेषज्ञ का नाम Name of the Specialist ख) परामर्श संख्या और तिथि B) No. & Date of Consultation
6. क) अस्पताल में भर्ती Hospitalization	क) नर्सिंग होम/अस्पताल /पॉलिक्लिनिक का नाम A) Name of Nursing Home /Hospital / Polyclinic ख) भर्ती रहने की अवधि B) Period of stay
7. बाजार से खरीदी गई दवाओं का मूल्य (कैश मेमो संलग्न) Cost of medicines purchased from the market (Cash memos attached)	: रु/Rs.
8. दावे की राशि / Amount claimed	: रु/Rs.
9. भुगतान की विधि Mode of payment desired :	द्वारा : Through :
	नकद काउंटर <input type="checkbox"/> वेतन <input type="checkbox"/> बैंक <input type="checkbox"/> Cash Counter Salary Bank

सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित किए जाने का घोषणा - पत्र DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT

मैं एतद द्वारा घोषणा करता / करती हूँ कि इस आवेदन में दिए विवरण मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य हैं और जिस व्यक्तिके लिए चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूर्णतः मुझ पर अभिन्न है। I hereby declare that the statements in this application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me.

तिथि/Date : अनुभाग/Section फोन नं/Phone No. सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर
Signature of the Govt. Servant

मात्र लेखा के उपयोग हेतु/For A/C's Use only

रु..... (रुपए..... मात्र) के भुगतान हेतु पारित/पास किया गया।
Passed for Payment of Rs..... (Rupees only)

लेखाशीर्ष/Head of Account :

लेखा अधिकारी/ Accounts Officer

रु..... (रुपए..... मात्र) प्राप्त किए/ Received Rs..... (Rupees only)

तिथि/ Date :

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर/ Signature of the Govt. Servant

