ANNEXURE I

भारत सरकार / GOVERNMENT OF INDIA
अंतरिक्ष विभाग / DEPARTMENT OF SPACE
भारत अंतरिक्ष अनुसंधान संगठन / INDIAN SPACE RESEARCH ORGANISATION
विक्रम साराभाई अंतरिक्ष केंद्र / VIKRAM SARABHAI SPACE CENTRE
तिरुवनंतपुरम / THIRUVANANTHAPURAM – 695022

पूर्व अनुमोदन मांगने हेतु आवेदन / APPLICATION SEEKING PRIOR APPROVAL
(दवा/उपचार प्राप्त करने/चिकित्सीय युक्ति खरीदने के लिए/
FOR AVAILNG MEDICINE / TREATMENT / PURCHASE OF MEDICAL DEVICE)

1.	नाम, कर्मचारी कोड सं., पदनाम एवं प्रभाग Name, Staff Code No., Designation & Division	
2.	उस हितभागी का नाम जिनके लिए चिकित्सा सहायता मांगी जाती है / Name of beneficiary for whom medical assistance is sought	
3.	हितभागी का सीएचएसएस कार्ड नंबर CHSS Card Number of the Beneficiary	
4.	मुख्य हितभागी के साथ संबंध Relationship with the Prime Beneficiary	
5.	दवा/उपचार/चिकित्सीय युक्ति की सिफारिश देनेवाले विशेषज्ञ/परामर्शदाता, अस्पताल/संस्था के ब्यौरे Details of the Specialist/Consultant, Hospital/Institution recommending medicine/treatment/medical device	
6.	दवा/उपचार/युक्ति (अनिवार्यता/उपचार प्रमाणपत्र की प्रति संलग्न करें) / Medicine/Treatment/Device (enclose copy of essentiality/treatment certificate)	
7.	दवा/उपचार/युक्ति की सन्निकट/आकलित लागत Approximate / Estimated cost of the Medicine/Treatment/Device	
8.	उपचार प्राप्त करने/खरीद की प्रस्तावित तिथि Proposed date of availing treatment/purchase	

घोषणा / DECLARATION

मैं एतद्द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि ऊपर दी गई जानकारी सत्य एवं सही है। मैं अनुरोध करता/करती हूँ कि उपर्युक्त चिकित्सीय उपचार/चिकित्सीय युक्ति की खरीद हेतु कृपया पूर्व अनुमोदन प्रदान किया जाए। / I hereby declare that the information furnished above is true and correct. I request that prior approval may kindly be granted for the above medical treatment/purchase of medical device.

तिथि / Date:

मुख्य लाभार्थी के हस्ताक्षर / Signature of the Prime Beneficiary

नाम / Name:

फोन नं. / Phone No.:

(उचित माध्यम से/Through Proper Channel)

सेवा में / To

वरिष्ठ प्रशासन अधिकारी, सीएचएसएस / Senior Administrative Officer, CHSS