

RAMJAS COLLEGE (रामजस कॉलेज)
Medical reimbursement form (चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति प्रपत्र)

Application form for claiming refund of Medical Expenses incurred with medical attendance/ treatment taken from authorised medical practioner & or hospital for the college employee & their dependents.
 (कॉलेज कर्मचारी के लिए अधिकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर और या अस्पताल से लिए गए चिकित्सा उपस्थिति उपचार के साथ किए गए चिकित्सा व्यय की वापसी का दावा करने के लिए आवेदन पत्र) और उनके आश्रित।)

1	Name & designation of the employee. (कर्मचारी का नाम और पदनाम)	
	a) Wheather married or unmarried. ए) विवाहित या अविवाहित	
	b) If married, if applicable the place where spouse of the college employee is employed. बी) यदि विवाहित है, यदि लागू हो तो स्थान जहां कॉलेज कर्मचारी का जीवनसाथी है कार्यरत।	
<p>In case employed, a joint declaration duly countersigned by the employer of the spouse of the college employee should be furnished at the time of submission of first bill in each financial year 1st April to 31st March (नियोजित होने की स्थिति में, एक संयुक्त घोषणा-पत्र के पति/पत्नी के नियोक्ता द्वारा विधिवत प्रतिहस्ताक्षरित किया जाता है प्रत्येक में पहला बिल जमा करते समय कॉलेज कर्मचारी को प्रस्तुत किया जाना चाहिए वित्तीय वर्ष 1 अप्रैल से 31 मार्च तक)</p>		
2	Place of duty in Ramjas College / Mobile No. (रामजस कॉलेज में ड्यूटी का स्थान / मोबाइल नंबर)	
3	Gross Pay of the employee. (कर्मचारी का सकल वेतन।)	
4	Patient's name & relationship with employee (रोगी का नाम और कर्मचारी के साथ संबंध) (in case of dependent state date of birth also / आश्रित राज्य की जन्मतिथि के मामले में भी)	
5	If dependent is it already declared यदि आश्रित है तो वह पहले ही घोषित हो चुका है (declaration to be submitted every financial year / घोषणा प्रत्येक वित्तीय वर्ष में जमा की जानी है)	
6	Service & Income of dependent (if any) आश्रित की सेवा और आय (यदि कोई हो)	
	Residential address. (घर का पता)	
7	Place where the person fell ill. (for outstation only) वह स्थान जहाँ व्यक्ति बीमार पड़ा। (केवल बाहरी के लिए)	
8	Membership number of WUS Health center and college Medical Card(copy) WUS स्वास्थ्य केंद्र की सदस्यता संख्या (प्रत्येक वित्तीय वर्ष में WUS पुस्तिका के पहले पृष्ठ की एक प्रति संलग्न करें। दावा की गई राशि का विवरण	

A (क) Details of Medical attendance fee (चिकित्सा उपस्थिति शुल्क का विवरण)

a) The name of the medical officer consulted & the hospital/ dispensary to which attached.
ए) चिकित्सा अधिकारी का नाम परामर्श और अस्पताल / औषधालय जिसमें जुड़ा हुआ।

b) Number & dates of consultations/injections & fee paid for each consultation.
बी) प्रत्येक परामर्श के लिए भुगतान किए गए परामर्श/इंजेक्शन और शुल्क की संख्या और तिथियां।

B (ख) Charges for pathological/radiological or similar tests under taken during diagnosis (निदान के दौरान किए गए पैथोलॉजिकल / रेडियोलॉजिकल या इसी तरह के परीक्षणों के लिए शुल्क)

a) Name of the hospital/laboratory where these tests were undertaken.
ए) अस्पताल प्रयोगशाला का नाम जहां ये परीक्षण किए गए थे।

b) is the hospital/laboratory in Delhi University/WUS panel ? (Yes/No)
बी) दिल्ली विश्वविद्यालय में अस्पताल/प्रयोगशाला है? / WUS पैनल ? (हां नहीं)

c) Whether the tests were undertaken on the advise of the authorized medical attendant. If so the Prescription (original) to this effect should be attached.
सी) क्या परीक्षण किए गए थे ए एस डी अधिकृत चिकित्सा परिचारक की सलाह पर। यदि हां, तो इस आशय का प्रिस्क्रिप्शन (मूल) संलग्न किया जाना चाहिए।

d) Total charges paid for such tests.
डी) ऐसे परीक्षणों के लिए भुगतान किया गया कुल शुल्क।

₹

C (ग) Charges for the medicines purchased (खरीदी गई दवाओं के लिए शुल्क)

Total Cost of prescribed medicines purchased
खरीदी गई निर्धारित दवाओं की कुल लागत
(Cash memos & Doctors prescription to be attached in original)
(कैश मेमो और डॉक्टर नुस्खा मूल रूप में संलग्न किया जाना है)

D (घ) Duration of treatment (from-to-dates)
उपचार की अवधि (कब से कब तक)

Disease / Suffering from (Mandatory)
रोग / पीड़ित (अनिवार्य)

10

List of enclosures (संलग्नकों की सूची)

1

2

3

4

5

7

8

9

10

11

List of Medicines (clearly written) दवाओं की सूची (स्पष्ट रूप से लिखित)

Use separate page if enclosures/medicines are more
(यदि संलग्नक/दवाएं अधिक हैं तो अलग पृष्ठ का प्रयोग करें)

12

TOTAL AMOUNT CLAIMED (दावा की गई कुल राशि)

13

Bank Details of the Employees

Name of the Bank (बैंक का नाम)

Branch (शाखा)

A/c No. (खाता संख्या)

IFSC Code (आई एफ एस सी कोड)

DECLARATION TO BE SIGNED BY THE COLLEGE EMPLOYEE (कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर किए जाने की घोषणा)

1 That in case where the spouse is also Government employee a joint declaration for not claiming reimbursement of medical expenditure from two or more different sources simultaneously is to be furnished. (यह कि यदि पति/पत्नी भी सरकारी कर्मचारी हैं तो एक साथ दो या दो से अधिक विभिन्न स्रोतों से चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति का दावा नहीं करने के लिए एक संयुक्त घोषणा प्रस्तुत की जानी है।)

2 That in case where the spouse is also Government employee a joint declaration of the option indicating the details of each family dependent in respect of whom the claim is to be preferred by the spouse concerned. (उस मामले में जहां पति या पत्नी भी सरकारी कर्मचारी हैं, विकल्प की एक संयुक्त घोषणा जिसमें प्रत्येक आश्रित परिवार का विवरण होता है जिसके संबंध में संबंधित पति या पत्नी द्वारा दावा किया जाना है।)

3 Kindly complete all the entries in the form well clearly written, **Incomplete form will not be consider** कृपया स्पष्ट रूप से लिखे गए फॉर्म में (सभी प्रविष्टियों को पूरा करें, अधूरे फॉर्म पर विचार नहीं किया जाएगा)

4 Kindly attach all **ORIGINAL Cash memo/bill and DOCTORS PRESCRIPTION.**
(कृपया सभी मूल कैश मेमो/बिल और डॉक्टर्स प्रेस्क्रिप्शन संलग्न करें।)

Kindly retain all empties of medicine claimed till the amount passed is credited in your account or demanded by the account section, whichever is earlier.

5

(कृपया दावा की गई सभी दवाओं का खाली पत्ता तब तक अपने पास रखें जब तक कि आपके खाते में राशि जमा नहीं हो जाती है या खाता अनुभाग द्वारा मांग नहीं की जाती है,

6

Kindly write your Email.....
(कृपया अपना ईमेल लिखें)

Pre receipted (पूर्व प्राप्त)

Date (दिनांक)

Signature of college employee
(कॉलेज कर्मचारी के हस्ताक्षर)

Only for Office use (केवल कार्यालय उपयोग के लिए)

Amount passed for payment ₹
(भुगतान के लिए पारित राशि)

Signature of dealing assistant
(व्यवहार सहायक के हस्ताक्षर)

Date (दिनांक)

Signature of Section Officer (Accounts)
अनुभाग अधिकारी (लेखा) के हस्ताक्षर

Signature of the Bursar
(बरसर के हस्ताक्षर)

Signature of the Principal
(प्राचार्य के हस्ताक्षर)