**चिकित्सीय उपचार संबंधी अग्रिम के लिए आवेदन**

**APPLICATION FOR ADVANCE FOR MEDICAL TREATMENT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | पूरा नाम (स्पष्ट अक्षरों में )  Full Name (Block letters) |  |
|  | पदनाम व कार्यालय जहाँ कार्यरत हैं  Designation and office in which working |  |
|  | मूल वेतन + एन पी ए + एस आई  Basic pay + NPA + SI |  |
|  | स्थायी अथवा अस्थायी  Whether permanent or temporary |  |
|  | रोगी का नाम तथा सरकारी कर्मचारी से संबंध  Name of the patient and relationship with the Government servant |  |
|  | अस्वस्थता की प्रकृति / Nature of illness |  |
|  | चिकित्सा कैसे ली गई - अंतरंग रोगी (भर्ती होकर) के रूप में अथवा बाह्य रोगी के रूप में  Whether treatment is received as In-patient or Out-patient |  |
|  | अस्पताल का नाम जहां रोगी इलाज लेता / लेती है और क्या यह अस्पताल मान्यता-प्राप्त है।  Name of the Hospital in which patient is treated and whether it is a recognized one. |  |
|  | क्या मान्यता-प्राप्त अस्पताल के चिकित्सा अधिकारी या विशेषज्ञ से आवश्यक प्रमाण-पत्र प्राप्त करके संलग्न किया गया है ।  Whether necessary certificate from the Medical Officer or Specialist of the recognized hospital is enclosed. |  |
|  | उपचार की प्रत्याशित लागत, चिकित्सा अधिकारी / विशेषज्ञ द्वारा यथा-प्रमाणित ।  Anticipated cost of treatment as certified by the Medical Officer / Specialist . |  |
|  | अपेक्षित अग्रिम राशि  Amount of advance required |  |
| मैं घोषित करता / करती हूँ कि उपरोक्त विवरण सही हैं ।  I declare that the particulars furnished above are correct.  स्थान / Station: सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर  दिनांक / Date : Signature of the Government servant | | |