

केन्द्रीय प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड
वित्त एवं लेखा प्रभाग

फाइल सं.- एसी-101/05/सामान्य/2016-17/

दिनांक:22.08.2016

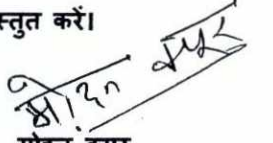
परिपत्र

विषय:- प्रतिपूर्ति /भुगतान हेतु विभिन्न दावों का प्रस्तुतीकरण ।

यह पाया गया है कि मुख्यालय को अनियत समय अंतराल में विभिन्न अधिकारियों से निगरानी भत्ता, कैंटीन सब्सिडी, टेलीफोन बिल, चिकित्सा और समाचार-पत्र बिल संबंधी दावे प्रस्तुत किए जाते हैं। कुछ अधिकारियों द्वारा लम्बे समयवधि जैसेकि एक या अधिक वर्ष के लिए अपने दावे प्रस्तुत किए जाते हैं जबकि कुछ अधिकारियों द्वारा बहुत जल्दी-जल्दी, माह में 4-5 बार अपने दावे प्रस्तुत किए जाते हैं। प्रणाली में एकरूपता के साथ- साथ सहजता लाने की दृष्टि से यह अनुरोध है कि दावों को निम्नलिखित आधार के अनुसार प्रस्तुत करें।

क्र.सं.	दावे की प्रकृति (निर्धारित प्रारूप में प्रस्तुत करें)	दावे प्रस्तुत करने की अवधि	प्रस्तुत करने का समय	प्राप्ति एवं प्रेषण प्रभाग के माध्यम से अग्रेषित किया जाए
क	निगरानी दावे (संलग्न संशोधित संलग्न प्रपत्र में)	प्रतिमाह	प्रत्येक माह में 1 से 10 तारीख तक	वित्त एवं लेखा प्रभाग
ख	टेलीफोन बिल	प्रतिमाह	प्रत्येक माह में 1 से 10 तारीख तक	भवन प्रभाग
ग	चिकित्सा दावे (निर्धारित प्रारूप में प्रस्तुत करें और अनुलग्नकों को संलग्न करें)	प्रतिमाह	प्रत्येक माह में 1 से 10 तारीख तक	प्रशासन(भर्ती) प्रभाग
घ	कैंटीन सब्सिडी दावे	त्रैमासिक		
		अप्रैल से जून	1 से 10 जुलाई	वित्त एवं लेखा प्रभाग
		जुलाई से सितम्बर	1 से 10 अक्टूबर	
		अक्टूबर से दिसम्बर	1 से 10 जनवरी	
		जनवरी से मार्च	1 से 10 अप्रैल	
ड	समाचार पत्र दावे	उपरोक्त	उपरोक्त	उपरोक्त

अतः सभी संबंधितों से यह अनुरोध है कि उपर्युक्त बताई गई अनुसूची के अनुसार अपने दावे प्रस्तुत करें।


मोहन कपूर
(लेखा अधिकारी)

वितरण

- | | |
|-----------------------------|--|
| 01. प्रभारी, आई.टी प्रभाग | : कृपया इसे केन्द्रीय बोर्ड की वेबसाइट पर अपलोड किया जाए। |
| 02. सभी प्रभाग प्रभारी | : कृपया इस परिपत्र को अपने अधीनस्थ सभी अधिकारियों/कर्मचारियों में परिचालित करें। |
| 03. सभी आचलिक अधिकारी | : --उपर्युक्त-- |
| 04. सूचनापट्ट | |
| 05. मास्टर फाइल | |
| 06. सदस्य सचिव के निजी सचिव | |
| 07. प्रशासन अधिकारी (का.) | |
| 08. वरिष्ठ प्रशासन अधिकारी | |
| 09. प्रभारी, भवन प्रभाग | |

मेडिकल 97-ए

सरकारी कर्मचारियों और उनके परिवार के सदस्यों का अस्पताल में ली गई चिकित्सा सहायता और/या उपचार के संबंध में हुए चिकित्सा व्यय की वापसी के दावे हेतु आवेदन का प्रपत्र

1.	सरकारी कर्मचारी का नाम और पदनाम (साफ अक्षरों में)	:
	क. विवाहित या अविवाहित	:
	ख. यदि विवाहित है तो पत्नी/पति के कार्यस्थल का विवरण	:
2.	कार्यालय का नाम	:
3.	कर्मचारी का वेतन, जैसाकि मूल नियमों में परिभाषित है, और अन्य परिलब्धियां जिन्हें अलग-अलग दिखाया जाय।	:
4.	कार्यस्थल	:
5.	आवासीय पता	:
6.	रोगी का नाम और उसका सरकारी कर्मचारी से संबंध	:
7.	स्थान का नाम जहां रोगी बीमार हुआ	:
8.	दावे की राशि का विवरण	:

I. अस्पताल में उपचार (Hospital Treatment) -
 अस्पताल में हुए उपचार हेतु प्रभार, प्रभारों को अलग-अलग दर्शाया जाय।

1.	कमरा (Accommodation) (कृपया बताएं कि कमरा सरकारी कर्मचारी के स्तर या वेतन के अनुरूप था और यदि कमरा सरकारी कर्मचारी के स्तर से उच्च दर पर लिया गया हो, तो कमरे के संबंध में एक प्रमाण-पत्र संलग्न करें कि उनकी पात्रता के अनुरूप कमरा उपलब्ध नहीं था।)	:
2.	भोजन	:
3.	सर्जिकल ऑपरेशन या चिकित्सा उपचार	:
4.	पैथोलोजिकल, बैक्टियोलोजिकल, रेडियोलोजिकल या अन्य इसी तरह के परीक्षण - (क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण किए गए; और (ख) क्या परीक्षण अस्पताल के चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर किए गए। यदि हां तो, इस संबंध में प्रमाण-पत्र संलग्न करें।	:
5.	दवाइयां (Medicines)	:
6.	विशिष्ट दवाइयां (Special Medicines) (कैश मेमो और आवश्यक प्रमाण-पत्र संलग्न करें)	:
7.	सामान्य उपचार (ओडिनरी नर्सिंग)	:
8.	विशिष्ट उपचार अर्थात् रोगी के लिए विशेष रूप से नर्सों की व्यवस्था। कृपया बताएं कि क्या नर्सों को अस्पताल के चिकित्सा अधिकारी की सलाह या सरकारी कर्मचारी या रोगी के अनुरोध पर रखा गया था। पिछले मामले में चिकित्सा अधिकारी से प्रमाण-पत्र, अस्पताल की चिकित्सा अधीक्षक से प्रतिहस्ताक्षरित करवाकर संलग्न करें।	:

9.	एम्बुलेंस प्रभार (कृपया आने व जाने की यात्रा का उल्लेख करें।)	:
10.	अन्य कोई प्रभार अर्थात् इलेक्ट्रिक लाइट, पंखा, हीटर, एयर कन्डिशनिंग इत्यादि का प्रभार। कृपया यह भी बताएं कि क्या उपर्युक्त सुविधाएं सभी रोगियों को सामान्यतः उपलब्ध करवाई जाने वाली सुविधाओं के भाग हैं और रोगी की इच्छा पर कुछ भी नहीं छोड़ा गया।	:

टिप्पणी-1 : यदि सरकारी कर्मचारी द्वारा सी.एस.(एम.ए.) नियम 1944 के नियम 7 के अधीन अपने आवास पर चिकित्सा प्राप्त की थी, तो ऐसे उपचार का विवरण दें और नियमानुसार अपने ए.एम.ए. से प्रमाण-पत्र संलग्न करें।

टिप्पणी-2 : यदि सरकारी कर्मचारी द्वारा सरकारी अस्पताल को छोड़कर अन्य अस्पताल से उपचार प्राप्त किया है, तो आवश्यक विवरण और ए.एम.ए. से इस संबंध में प्रमाण-पत्र कि अपेक्षित उपचार किसी भी नजदीकी सरकारी अस्पताल में उपलब्ध नहीं था, प्रस्तुत करें।

II विशेषज्ञ से परामर्श (Consultation with Specialist) -	
विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी, ए.एम.ए. के अलावा, को दिया गया शुल्क -	
(क)	विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी जिनसे परामर्श लिया गया, का नाम और पदनाम तथा अस्पताल जिनसे संबद्ध हैं।
(ख)	परामर्शों की संख्या और तिथियां तथा प्रत्येक परामर्श हेतु दिया गया शुल्क।
(ग)	क्या परामर्श अस्पताल, विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्षा या रोगी के घर पर लिए गए।
(घ)	क्या विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से ए.एम.ए. की सलाह पर और राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी की पूर्व स्वीकृति से परामर्श लिए गए, यदि हां तो इस संबंध में प्रमाण-पत्र संलग्न करें।
9.	दावे की कुल राशि : रुपये
10.	लिए गए अग्रिम को कर्म करके : रुपये
11.	दावे की कुल राशि : रुपये
12.	अनुलग्नकों की सूची :

घोषणा : सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर हेतु

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि आवेदन-पत्र में दिए गए विवरण मेरी पूर्ण जानकारी और विश्वास में सत्य हैं और जिस व्यक्ति के संबंध में चिकित्सा खर्च किया गया है, वह मेरे ऊपर पूर्ण रूप से आश्रित है।

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर और
कार्यालय का नाम जिससे संबंध है

दिनांक

मेडिकल 97-बी

सरकारी कर्मचारियों और उनके परिवार के सदस्यों का चिकित्सा सहायता और/या उपचार के संबंध में हुए चिकित्सा व्यय की वापसी के दावे हेतु आवेदन का प्रपत्र - अधिकृत चिकित्सा सहायक (ए.एम.ए.) द्वारा चिकित्सा सहायता हेतु

1.	सरकारी कर्मचारी का नाम और पदनाम (साफ अक्षरों में)	:
	क. विवाहित या अविवाहित	:
	ख. यदि विवाहित है तो पत्नी/पति के कार्यस्थल का विवरण	:
2.	कार्यालय का नाम	:
3.	कर्मचारी का वेतन, जैसाकि मूल नियमों में परिभाषित है, और अन्य परिलब्धियां जिन्हें अलग-अलग दिखाया जाय।	:
4.	कार्यस्थल	:
5.	आवासीय पता	:
6.	रोगी का नाम और उसका सरकारी कर्मचारी से संबंध	:
7.	स्थान का नाम जहां रोगी बीमार हुआ	:
8.	दावे की राशि का विवरण	:

I चिकित्सा सहायता (Medical Attendance) -	
1.	परामर्श शुल्क -
	(क) परामर्श देने वाले चिकित्सा अधिकारी का नाम व पदनाम और अस्पताल या डिस्पेंसरी जिससे संबद्ध हैं।
	(ख) परामर्शों की संख्या और तिथियां तथा प्रत्येक परामर्श हेतु दिया गया शुल्क
	(ग) इंजेक्शनों की संख्या और तिथियां तथा प्रत्येक इंजेक्शन के लिए दिया गया शुल्क
	(घ) क्या परामर्श और/या इंजेक्शन अस्पताल, चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष या रोगी के घर पर लगाए/लिए गए

2.	डाइग्नोसिस के दौरान किए गए पथोलोजिकल, बैक्टीरियोलोजिकल, रेडियोलोजिकल या अन्य इसी तरह के परीक्षणों हेतु प्रभार - (क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण किए गए; और (ख) क्या परीक्षण ए.एम.ए. की सलाह पर किए गए। यदि हां तो, इस संबंध में प्रमाण-पत्र संलग्न करें।	:
3.	मार्किट से खरीदी गई दवाइयों की लागत (कैश मेमो और आवश्यक प्रमाण-पत्र संलग्न करें)	:

II विशेषज्ञ से परामर्श (Consultation with Specialist) -		
विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी, ए.एम.ए. के अनावा, को दिया गया शुल्क -		
(क)	विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी जिनसे परामर्श लिया गया, का नाम और पदनाम तथा अस्पताल जिनसे संबद्ध हैं।	:
(ख)	परामर्शों की संख्या और तिथियां तथा प्रत्येक परामर्श हेतु दिया गया शुल्क।	:
(ग)	क्या परामर्श अस्पताल, विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष या रोगी के घर पर लिए गए।	:
(घ)	क्या विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से ए.एम.ए. की सलाह पर और राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी की पूर्व स्वीकृति से परामर्श लिए गए, यदि हां तो इस संबंध में प्रमाण-पत्र संलग्न करें।	:
9.	दावे की कुल राशि	: रुपये
10.	लिए गए अग्रिम को कम करके	: रुपये
11.	दावे की कुल राशि	: रुपये
12.	अनुलग्नकों की सूची	:

घोषणा : सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर हेतु

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूं कि आवेदन-पत्र में दिए गए विवरण मेरी पूर्ण जानकारी और विश्वास में सत्य हैं और जिस व्यक्ति के संबंध में चिकित्सा खर्च किया गया है, वह मेरे ऊपर पूर्ण रूप से आश्रित है।

**सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर और
कार्यालय का नाम जिससे संबंध हैं**

दिनांक

फार्म सं. 97ए/97बी के परिशिष्ट

सी.एस.एम.ए. योजना के अंतर्गत चिकित्सा प्रतिपत्ति हेतु दावे की राशि का ब्यौरा

1. अधिकारी/कर्मचारी का नाम एवं पदनाम :
2. सी.पी. सं. :
3. रोगी का नाम और अधिकारी/कर्मचारी से उसका संबंध :
4. एकसंश्लेषण सं. :
5. बैंक खाता सं. :

अनुलग्नक सं.	दिनांक	बिल/प्राप्ति का ब्यौरा				बिल की प्रकृति ** (सी.एफ./एम/एल.टी.)	दावे की राशि	विल्ट एवं लेखा प्रभाग द्वारा भरा जाए	
		अनुलग्नक सं.	बिल/प्राप्ति सं.	दिनांक				मंजूर राशि	टिप्पणी (यदि कोई हो)
कुल (रु.)									

टिप्पणी:- 1. सभी अनुलग्नकों को संजीदगी से क्रमबद्ध किया जाय।
 ** सी.एफ. - परामर्श शुल्क
 2. संबंधित पर्चों/बिलों के साथ प्राप्तियों को संलग्न किया जाना चाहिए।
 एम - दवाईयाँ
 3. कृपया सीएसएमए कार्ड की छाया प्रति भी प्रस्तुत करें।
 एल.टी. - लैब टेस्ट

दिनांक सहित अधिकारी के हस्ताक्षर