1

CENTRAL POLLUTION CONTROL BOARD
F&A DIVISION

File No. AC-101/05/Gen/2016-17/1305 Date: 22/08/16

CIRCULAR

Subject: - Submission of various claims for reimbursement/payment

It has been observed that the claims in respect of Monitoring allowance, Canteen Subsidy, Telephone Bill, Medical and Newspaper Bill are being submitted by the various officials of Head Office in irregular time intervals. Some officials submit their claims together for a quite longer period, i.e., one year or more whereas some officials submit their claims very frequently, (say, 4-5 times in a month). With a view to bring in an uniformity as well as to streamline the system, it is requested to submit the claims as per the following basis:

SL No	Nature of Claim (in prescribed format)	Frequency of submitting claim	Time of submission	To be forwarded to (Through Receipt & Despatch Section)
(a)	Monitoring Claims (In the revised Proforma enclosed)	Monthly	1st to 10th of the following month	F & A Division
(b)	Telephone bill	Monthly	1st to 10th of the following month	Building Division
(c)	Medical Claims (To be submitted in prescribed format and enclosed Annexure)	Monthly	1st to 10th of the following month	Admn.(R) Division
(d)	Canteen Subsidy Claims	Quarterly		F & A Division
		April to June	1st to 10th July	
		July to Sept	1st to 10th October	
		Oct to Dec	1st to 10th January	
		Jan to March	1st to 10th April	
(e)	Newspapers Claims	-do--	--do--	--do--

All concerned are hereby requested to submit their claims as per the above mentioned schedule.

(Mohan Kapur)
Accounts Officer

Pl upload on Website & Intraportal

Sc B (UA) Sc B (YNM)

Distribution :

1. **Incharge-I.T. Division- for publishing this circular on CPCB web-site & Intranet portal.**
2. **Divisional Incharge: – For circulation in their division please.**
3. **Incharge, Zonal Offices: – for circulation in Zonal Office please.**
4. **Notice Board**
5. **Master file**
6. **P.S. to M.S.**
7. **AO (P)**
8. **Sr. AO**
9. **Incharge- Building Division**

CENTRAL POLLUTION CONTROL BOARD
PARIVESH BHAWAN
EAST ARJUN NAGAR, DELHI - 110032

MONITORING ALLOWANCE CLAIM

Name :	CP No. :
Designation :	Bank A/c No. :
Grade Pay	Division :
Purpose :	Budget Head :

Sl No	Date of Monitoring	Location of Monitoring	Time		Amount	Remarks
			From	To		
Total (in Rs)						

Undertaking

I hereby undertake that I shall not claim any other benefits like TA/DA etc. for the above mentioned duties.

Signature of official	**Signature of Coordinator**	**Signature of Divisional Head**
Date	**Date**	**Date**

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.	**पेथोलोजिकल, बैक्ट्रियोलोजिकल, 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 अर्थात 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 अर्थात इलेक्ट्रिक लाइट, पंखा, हीटर, एयर कन्डिशनिंग इत्यादि का प्रभार। कृपया यह भी बताएं कि क्या उपर्युक्त सुविधाएं सभी रोगियों को सामान्यत: 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 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	**: रूपये**
10.	लिए गए अग्रिम को कम करके	**: रूपये**
11.	दावे की कुल राशि	**: रूपये**
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 संबद्ध हैं

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 पेथोलोजिकल, बैक्ट्रियोलोजिकल, 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 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 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	: **रूपये**
10.	लिए गए अग्रिम को कम करके	: **रूपये**
11.	दावे की कुल राशि	: **रूपये**
12.	अनुलग्नकों की सूची	:

घोषणा : सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर हेतु

मैं एतद्द्वारा 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 संबद्ध हैं

दिनांक ....

(5)

Annexure to Form No. 97-A/ 97-B

Details of amount claimed for medical reimbursement under CSMA Scheme

1. Name & Designation of Official : ____________________ 2. C.P. No : ________

3. Patient's Name & Relation with the Official : ____________________

4. Extension No : ________ 5. Bank Account No : ____________

Prescription		Bill/ Receipt Details			**		To be filled by F&A Division	
Enclosure No.	Date	Enclosure No.	Bill/ Receipt No.	Date	Nature of Bill (C.F./ M/ L.T.)	Amount Claimed	Amount Passed	Remarks (if any)
					Total (Rs.)			

Note:- 1. All enclosures are to be serially numbered.
2. Bills/Receipts should be attached with the relevant precription.
3. Please also submit the copy of CSMA ID.

** C.F. - Consultation Fees
M - Medicines
L.T. - Lab Tests

Signature of the Official with date