

KOLKATA PORT TRUST

कोलकाता पत्तन न्यास चिकित्सा उपस्थिति नियमों के तहत दावा का फार्म

Form of claim under the Kolkata Port Trust Medical Attendance Rules.

वित्त सलाहकार व मुख्य लेखा अधिकारी / The Financial Adviser and Chief Accounts Officer.

(विभागाध्यक्ष अनुभाग तथा मुख्य चिकित्सा अधिकारी के मार्फत)

(Through the Head of Department Section and the Chief Medical Officer)

नाम / Name _____

स्थानीय पता / Local Address _____

पदनाम / Designation _____

विभाग का नाम / Dept't's Name _____ विभाग की कोड सं० / Dept. Code No. _____

एफ. ए. सं० / F. A. No. _____ एफ. डी. कार्ड सं० / F. D. Card No. _____

डि. पि. एस. / केओ. पी. टी. कर्मचारी सं० / D. P. S./Ko. P.T. Emp. No. _____

रोगियों का नाम / Name (s) of Patient (s)	संबंध / Relationship	उम्र / Age	लिंग / Sex
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			

दावों का विवरण / Details of Claims :-	रु०/Rs.	पै./P.
(i) दवाओं की खरीद के लिए / for purchase of Medicines
(ii) अस्पताल खर्च के लिए / for Hospital charges
(iii) नर्सिंग होम के खर्च के लिए / for Nursing Home charges
(iv) विशेषज्ञों का शुल्क / for Specialist's fees
(v) दौरे हेतु निजी डाक्टरों का शुल्क / for Private Doctor's fee for visit
(vi) यात्रा हेतु / for Conveyance
कुल रु० / Total Rs.		

मैं अनुरोध करता हूँ कि नियमानुसार देय राशि को मुझे प्रतिपूर्ति करें। / I request that I may be reimbursed with the amount admissible under the Rules.

मैं यह घोषित करता हूँ कि रोगी/रोगियों (नाम) / I declare that the patient/patients (Name) (1) _____

(2) _____

(संबंध / Relationship) (1) _____ (2) _____ मेरे साथ स्थायी रूप से रह रहे हैं तथा मुझ पर संपूर्ण निर्भर हैं । अस्पताल / नर्सिंग होम / विशेषज्ञों को रेफर किया जाना मु. चि. अ. के अनुमोदन के साथ किया गया है । / is/are permanently residing with and wholly dependant on me. The admission into Hospital / Nurshing Home / Reference to Specialists was made with the C. M.O.s approval.

संलग्न वाउचरों की संख्या / Number of Voucher enclosed _____

दिनांक / Date _____

कर्मचारी के बायें अंगूठे का निशान या हस्ताक्षर /
Signature or Left Thumb Impression of Employee

मु. चि. अ. / C.M.O.

अप्रेषित प्रमाणित किया जाता है कि रोगी / रोगियों का नाम जो आवेदनकर्ता के परिवार के सदस्य / सदस्यों के रूप में दावे में दिए गए हैं तथा चिकित्सा हाजिरी नियमों के अंतर्गत इस कार्यालय द्वारा परिचय पत्र में अनुसारतः दर्ज किए गए हैं । / Forwarded Certified that the patient/paitents named in the claim has/have been decalared to member/s of the applican's family and Registered accordingly in the Identity Card issued by this office under the Medical Attendance Rules.

विभागाध्यक्ष / अनुभाग प्रधान के हस्ताक्षर /
Signature of Head of Department/Section

वि.स. व मु.ले.अ. / F.A. & C.A.O.

चिकित्सा क्रम में है । प्रस्तावित दवाएं नियमान्तर्गत देय हैं ।

Treatment is in order. Medicines prescribed are admissible under the Rules.

- मेरे द्वारा प्राधिकृत विशेषज्ञों को / अस्पताल / नर्सिंग होम में प्रवेश हेतु रेफर किया गया है ।
- * Admission into Hospital/Nurshing Home/Reference to Specialists was authorised by me.

दिनांक / Date _____

मुख्य चिकित्सा अधिकारी /
Chief Medical Officer.

- जो लागू नहीं हैं उसे काट दें / Score out whichever is inapplicable.

रिकूपमेंट बिल पास रु० _____ व.ले.अ. (प्री.ऑ.) के तहत / Recoupment bill passed for Rs.

Under _____

S.A.O.(P.A.)