



संस्थान द्वारा प्राधिकृत अस्पतालों में सेवारत/ सेवानिवृत्त कर्मचरियों एवं उनके आश्रितों द्वारा आई.पी.डी. चिकित्सा उपचार एवं क्रेडिट (credit/ cashless) की सुविधा प्राप्त करने हेतु आवेदन पत्र

Application form for availing IPD and Cashless medical treatment facilities by inservice/retired employees for self/dependent family members from the Hospitals authorized/recognized by the Institute

1.	सेवारत/सेवानिवृत्त कर्मचारी का नाम एवं पदनाम/ Name of retired/inservice employee and designation	
2.	मरीज का नाम एवं कर्मचारी से संबंध/ Name of patient and relation with the employee	
3.	अस्पताल का नाम, मरीज के उपचार हेतु अस्पताल की आई.डी संख्या एवं अस्पताल में भर्ती होने की तिथि/ Name of Hospital, patient's hospital ID Number and date of admission in Hospital	

- मैं यह घोषित करता हूँ कि उपरोक्त मरीज "मैं स्वयं/ मेरा पति/पत्नी/पुत्र/पुत्री/माता/पिता अथवा परिवार के अन्य सदस्य..... (कृपया विवरण प्रस्तुत करें) हैं तथा चिकित्सा सुविधा हेतु मेरे उपर पूर्ण रूप से आश्रित हैं एवं उनकी चिकित्सा सुविधा हेतु अन्य कोई स्रोत नहीं है। यदि संस्थान द्वारा किसी भी समय यह पाया जाता है कि मेरे द्वारा दर्शाया गया उपरोक्त सदस्य मेरे उपर चिकित्सा सुविधा हेतु आश्रित नहीं है अथवा उनका चिकित्सा सुविधा का अन्य स्रोत है तो संस्थान मेरे विरुद्ध नियमानुसार कार्यवाही कर सकता है जिसके लिए मैं स्वयं पूर्ण रूप से जिम्मेदार रहूँगा/ I hereby declare that the above patient is "myself/ my husband/wife/son/daughter/mother/father or other family member..... (please give detail) and wholly dependent upon me for the medical facilities and there is no other source of their medical treatment. In case it is observed at any time that the above member is not dependent upon me for the medical treatment purpose or he/she is having other source of medical facilities then Institute can take action against me as per rules for which I shall be fully responsible.
- मुझे यह भी ज्ञात है कि निम्नलिखित मानदंड के अनुसार ही मेरे परिवार के सदस्य आश्रित की श्रेणी में आते हैं/ I also know that my family members are covered under the category of dependent as per following criteria :-
 - पति/पत्नी जिनके साथ एक से अधिक पत्नी और न्यायिक रूप से अलग हो चुकी पत्नी शामिल हैं, माता-पिता और सौतेली माता (महिला कर्मचारी के मामले में माता-पिता अथवा सास एवं ससुर)/husband/wife including more than one wife and also judicially separate wife, parents and step parents (in case of women employee - parents **OR** parent-in-laws).
 - पुत्र- उसके द्वारा कमाना शुरू करने या 25 वर्ष की आयु पूरी करने तक जो भी पहले हो/ **Son** – Till he starts earning or attains the age of 25 years, whichever is earlier.
 - पुत्री-उसके द्वारा कमाना शुरू करने या उसकी शादी होने तक तक जो भी पहले हो। आयु-सीमा के निरपेक्ष/ **Daughter**– Till she starts earning or gets married whichever is earlier irrespective of age.
 - पुत्र जो किसी भी तरह की (शारीरिक अथवा मानसिक) स्थायी अक्षमता से पीड़ित हो – कोई आयु सीमा नहीं। **Son suffering from permanent disability of any kind (physical or mental) – No age limit.**
 - विधवा पुत्रियों और आश्रित तलाकशुदा / अलग हो चुकी पुत्रियों – आयु सीमा के निरपेक्ष/ **Widowed daughters and dependent divorced/separated daughters – Irrespective of age-limit.**
 - बहने जिनमे अविवाहित/तलाकशुदा/परित्याग की गई या पति से अलग हो चुकी विधवा बहने शामिल हैं – आयु सीमा के निरपेक्ष/ **Sister including unmarried/divorced/abandoned or separated from husband/widowed sisters – Irrespective of Age.**
 - नाबालिग भाई /Minor brother.
 - स्थायी रूप से अक्षम आश्रित भाई –कोई आयु-सीमा नहीं/ **Permanent disabled dependent brother- No age-limit.**
- मैं यह भी घोषित करता हूँ मेरे उपरोक्त आश्रित जिनका चिकित्सा ईलाज हेतु अनुमति ली रही है की चिकित्सा दावा करने की तिथि को कुल मासिक आय **रु.9,000/-** एवं इस राशि पर स्वीकार्य महंगाई राहत की राशि की सीमा से अधिक नहीं है/ I also declare that my above dependent whose medical treatment is being undertaken is not earning monthly income limit more than **Rs.9000/- + Dearness Relief** on the date of medical treatment.
- अस्पताल द्वारा आई.पी.डी. चिकित्सा के लिए एडमिशन हेतु जारी सलाह/पत्र **संलग्न** है / The prescription issued by the Hospital for admission for IPD medical treatment is **enclosed**.
- मेरे पति/पत्नी सरकारी सेवा में कार्यरत/सेवानिवृत्त है तथा चिकित्सा सुविधा हेतु मेरे उपर पूर्ण रूप आश्रित हैं (यह पति/पत्नी के सरकारी सेवा में कार्यरत होने की स्थिति में ही लागू होगा)/My husband/wife is in government service and wholly dependent upon me for medical facilities (This will be applicable in case of husband/wife being in government service).

तिथि/Date :

सेवारत/सेवानिवृत्त कर्मचारी के हस्ताक्षर/
 Signature of inservice/retired employee