

**केंद्रीय सिविल सेवा (छुट्टी) नियमावली-1972**

**छुट्टी लेने या बढ़ाने का आवेदन**

**APPLICATION FOR LEAVE OR FOR EXTENSION OF LEAVE**

**नियम 14 देखिए/See Rule 14**

1.	आवेदक का नाम Name of applicant	
2.	पद Post Held	
3.	विभाग, कार्यालय और अनुभाग Department, Office and Section	केंद्रीय अनुवाद ब्यूरो, राजभाषा विभाग गृह मंत्रालय, नई दिल्ली
4.	वेतन Pay	
5.	वर्तमान पद पर दिए जाने वाला मकान किराया भत्ता या अन्य प्रतिपूरक भत्ते House Rent Allowance or other compensatory allowances drawn in the present post	नियमानुसार
6.	किस प्रकार की छुट्टी कितनी अवधि के लिए और किस तारीख से चाहिए Nature and period of leave applied for and date from which required	अवधि_____ दिन अर्जित/परिणत/अर्धवेतन छुट्टी तारीख_____ से_____ तक
7.	शनिवार, रविवार तथा अन्य राजपत्रित छुट्टियां यदि कोई हो, Saturdays, Sundays and other Gazetted holidays, if any	
8.	छुट्टी लेने का कारण Ground on which leave is applied for	
9.	पिछली छुट्टी से लौटने की तारीख और वह किस प्रकार की और कितनी अवधि की थी Date of return from last leave and the nature and period of leave	
10.	छुट्टी के दौरान मैं ब्लॉक वर्ष_____ का छुट्टी यात्रा रियायत भत्ता लेना चाहता/चाहती हूँ/नहीं लेना चाहता/ चाहती हूँ । I propose/do not propose to avail myself of Leave Travel Concession in the Block Years-- -----during the ensuring leave.	
11.	छुट्टी के दौरान पता Address during leave period	

तारीख :

Date:

आवेदक के हस्ताक्षर

Signature of Applicant

12.	नियंत्रण अधिकारी की टिप्पणी और/या सिफारिश Remarks and /or recommendation of the controlling	हस्ताक्षर/ Signature----- पदनाम/Designation-----
-----	--	---

**छुट्टी अनुमत्यता के बारे में प्रमाण-पत्र**  
**CERTIFICATE REGARDING ADMISSIBILITY OF LEAVE**

13. प्रमाणित किया जाता है कि दिनांक.....से.....तक.....दिन  
का अर्जित/परिणत/अर्धवेतन छुट्टी केंद्रीय सिविल सेवा (छुट्टी) नियमावली 1972 के अधीन अनुमत्य है ।

Certified that.....Earned/Commutated/Half Pay Leave  
for.....(Period) from.....to.....is admissible under the Central  
Civil Services (Leave) Rules, 1972.

तारीख

Date

हस्ताक्षर/ Signature-----

पदनाम/Designation-----

14.\* स्वीकृति देने वाले अधिकारी के आदेश :

Orders of Sanctioning Authority

हस्ताक्षर/ Signature-----

पदनाम/Designation-----

\* यदि प्रार्थी को कोई प्रतिकार भत्ता मिलता हो तो मंजूरी देने वाले अधिकारी को यह लिखना चाहिए कि छुट्टी पूरी होने पर प्रार्थी उस पद पर या किसी ऐसे पद पर लौटने की आशा है या नहीं जहां इसी प्रकार का भत्ता मिलता है ।

If the applicant is drawing any compensatory allowance, the sanctioning authority should state whether on expiry of leave he is likely to return to the same post or to another post carrying a similar allowance.

## कार्यभार ग्रहण रिपोर्ट

मैं, श्री/श्रीमती/सुश्री -----पदनाम -----  
दिनांक ----- से दिनांक ----- तक -----दिन का अर्जित/परिणत/अर्धवेतन छुट्टी  
व्यतीत करने के बाद आज दिनांक ----- को अपराहन/पूर्वाहन में कार्यालय में अपनी इयूटी  
पर उपस्थित हो गया/गयी हूं।

चिकित्सा और स्वस्थता प्रमाण-पत्र संलग्न है।

हस्ताक्षर-----

नाम-----

पदनाम-----

नियंत्रण अधिकारी के तारीख सहित हस्ताक्षर

## JOINING REPORT

I, Shri/Smt./Ms.....  
Designation.....hereby report myself for duty this  
day.....forenoon/afternoon availing of  
EL/ML/HPL.....days from .....to .....  
Medical and Fitness certificate are enclosed.

Signature\_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Designation\_\_\_\_\_

Signature of Controlling Officer with date

**FORM - 2**

**REIMBURSEMENT OF CHILDREN EDUCATION ALLOWANCE**

(Ref: OM No. 12011/03/2008 (Allowance) Dated 02/09/2009)

Certified that the Children/Child mentioned below in respect of whom reimbursement of Children Education Allowance claimed is/are wholly dependent upon me :-

Name of the Child & Date of Birth	School in which studying	Class in which studying & A/Y	Total Education Allowance paid	Total Amount of reimbursement claimed
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1)				
#Tuition fees - for the Whole Year -----/I/II/III/IV- Term				Rs.
Purchase of Books (One Set/Per Child/per A/Y)				Rs.
Purchase of Note Books (One Set/Per Child/per A/Y)				Rs.
Purchase of Uniforms (Two Set/Per Child/per A/Y)				Rs.
Purchase of School Shoes (One Set/Per Child/per A/Y)				Rs.
Total to be filled in column 4 above				Rs.
2)				
#Tuition fees - for the Whole Year -----/I/II/III/IV- Term				Rs.
Purchase of Books (One Set/Per Child/per A/Y)				Rs.
Purchase of Note Books (One Set/Per Child/per A/Y)				Rs.
Purchase of Uniforms (Two Set/Per Child/per A/Y)				Rs.
Purchase of School Shoes (One Set/Per Child/per A/Y)				Rs.
Total to be filled in column 4 above				Rs.

2. Certified that the Education Allowance indicated against the Child/Children has actually been paid by me (Receipts enclosed)

(Note:- Copy of School fee card & Bank Challans /Paid up Receipts/purchase receipts in original are to be enclosed

3. Certified that :-i) my spouse is not a Central Government servant ii) my spouse is a Central Govt. servant and that She/he has not claimed/will not claim Children's educational allowance in respect of our child/children.

4. Certified that during the period covered by the claim the child attended the school regularly and did not absent himself/herself from the school without proper leave for a period exceeding one month.

5. In the event of any change in the particulars given above which affect my eligibility for children's educational allowance, I undertake to intimate the same promptly and also to refund excess payments, if any made.

Note: # Tuition fees means Tuition fee, Admission fee, lab fee, special fee charged for agriculture, electronics, music or any other subject, Fee charged for practical work under the programme of work experience, fee paid for the use of any aid or appliance by the child, library fee, games/sports fee and fee for extra curricular activities.

Encl.:

Place & Date:

Signature of the Govt. Servant

## फार्म - 2

### संतान शिक्षा भत्ते की प्रतिपूर्ति

(संदर्भ : का. जा. सं. 12011/03/2008 (भत्ता) तारीख 02/09/2009)

प्रमाणित किया जाता है कि निम्नलिखित बच्चे/बच्चा, जिनके/जिसके संबंध में संतान शिक्षा भत्ते का दावा किया गया है, पूर्णतः मुझ पर आश्रित हैं/हैं:-

बच्चे का नाम और जन्मतिथि	विद्यालय का नाम जिसमें पढ़ रहा है	कक्षा जिसमें पढ़ रहा है और शैक्षिक वर्ष	अदा किया गया कुल शिक्षा भत्ता	प्रतिपूर्ति की कुल राशि जिसका दावा किया गया है
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1)				
#शिक्षा शुल्क - संपूर्ण वर्ष के लिए -----/I/II/III/IV- सत्र				`
पुस्तकों की खरीद (एक सेट/प्रति बच्चा/प्रति शैक्षिक वर्ष)				`
नोट बुक की खरीद (एक सेट/प्रति बच्चा/प्रति शैक्षिक वर्ष)				`
यूनिफार्म की खरीद (एक सेट/प्रति बच्चा/प्रति शैक्षिक वर्ष)				`
स्कूली जूतों की खरीद (एक सेट/प्रति बच्चा/प्रति शैक्षिक वर्ष)				`
कुल राशि ऊपर कॉलम 4 में भरी जाए				`
2)				
#शिक्षा शुल्क - संपूर्ण वर्ष के लिए -----/I/II/III/IV- सत्र				`
पुस्तकों की खरीद (एक सेट/प्रति बच्चा/प्रति शैक्षिक वर्ष)				`
नोट बुक की खरीद (एक सेट/प्रति बच्चा/प्रति शैक्षिक वर्ष)				`
यूनिफार्म की खरीद (एक सेट/प्रति बच्चा/प्रति शैक्षिक वर्ष)				`
स्कूल जूतों की खरीद (एक सेट/प्रति बच्चा/प्रति शैक्षिक वर्ष)				`
कुल राशि ऊपर कॉलम 4 में भरी जाए				`

2. प्रमाणित किया जाता है कि मैंने बच्चे/बच्चा के संबंध में दर्शाई गई शिक्षा भत्ते की राशि का वास्तव में भुगतान किया है (रसीद संलग्न)

(टिप्पणी :- स्कूल फीस कार्ड और बैंक चालान/भुगतान रसीदें/क्रय रसीदों की मूल प्रति संलग्न की जाएं)

3. प्रमाणित किया जाता है :-

- (i) मेरी पत्नी /मेरा पति केंद्रीय सरकारी सेवक नहीं है
- (ii) मेरी पत्नी/मेरा पति सरकारी सेवक है और उसने हमारे बच्चे/बच्चों के संबंध में संतान शिक्षा भत्ते का दावा नहीं किया है /दावा नहीं करेगी/करेगा।

4. प्रमाणित किया जाता है कि दावे में शामिल अवधि के दौरान बच्चे/बच्चा नियमित रूप से विद्यालय गए/गया और वे/वह समुचित छुट्टी लिए बिना एक महीने से अधिक अवधि के लिए विद्यालय से अनुपस्थित नहीं रहे/रहा।

5. मैं ऊपर दिए गए विवरण में किसी प्रकार का परिवर्तन होने की स्थिति में जो संतान शिक्षा भत्ते के लिए मेरी पात्रता को प्रभावित करता है, इसकी तत्काल सूचना देने और अतिरिक्त राशि, यदि दी गई है, लौटाने का वचन देता हूं।

टिप्पणी : # शिक्षा शुल्क से अर्थ है प्रवेश शुल्क, प्रयोगशाला शुल्क, कृषि, इलेक्ट्रॉनिक्स, संगीत या किसी अन्य विषय के लिए प्रभाषित शुल्क, कार्य अनुभव प्रोग्राम के अंतर्गत प्रायोगिक कार्य के लिए प्रभाषित शुल्क, बच्चे द्वारा किसी उपकरण का उपयोग करने के लिए भुगतान किया गया शुल्क, पुस्तकालय शुल्क, खेल शुल्क और पाठ्येतर गतिविधियों के लिए शुल्क।

संलग्नक :

स्थान और तारीख

(सरकारी सेवक के हस्ताक्षर)

**बच्चे की देखरेख संबंधी छुट्टी का आवेदन**  
**APPLICATION FOR CHILD CARE LEAVE**

1.	आवेदक का नाम Name of the Applicant	
2.	पदनाम Designation	
3.	विभाग/कार्यालय/अनुभाग Deptt./Office/Section	
4.	बच्चे का नाम जिसके लिए बच्चे की देखरेख संबंधी छुट्टी का आवेदन किया है Name of the Child for whom Child Care Leave is applied for	
5.	बच्चे की जन्म की तारीख Date of Birth of the Child	
6.	तारीख जिस दिन बच्चा वर्ष 18 की आयु का होगा Date on which child will be attaining 18 years of age	
7.	क्या बच्चा पहले बड़े दो बच्चों में से है Is the child among the two eldest children	हाँ/नहीं Yes/No
8.	शेष अर्जित छुट्टी (आज तक) EL in credit	
9.	छुट्टी की अवधि – छुट्टी से पहले/बाद के अवकाश यदि कोई हो period of leave – Days Prefix/Suffix of holidays, if any	From_____to _____ _____ से _____तक
10.	छुट्टी लेने का / के कारण Reason(s) for leave applied for	

.11	अब तक ली गई बच्चे की देखरेख संबंधी कुल छुट्टी Total Child Care Leave availed till date	
12.	(क क्या स्टेशन छोड़ने की (अनुमति मांगी गई है ? (a) Whether permission to leave station is required (ख यदि हां , छुट्टी के दौरान पता ( ) (b) If yes, Address during the leave	हां/नहीं
.13	पिछली छुट्टी से लौटने की तारीख और वह किस प्रकार की और कितनी अवधि की थी Date of return from last leave, nature and period of that leave	

तारीख/Date:

आवेदक के हस्ताक्षर  
Signature of the Applicant  
वेतन कार्ड संख्या \_\_\_\_\_  
Pay Card No. \_\_\_\_\_

नियंत्रक अधिकारी की टिप्पणी

Remarks of the Controlling Officer

छुट्टी की सिफारिश की गई/छुट्टी की सिफारिश नहीं की गई  
Leave Recommended/Leave not recommended

तारीख/Date:

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_  
Signature  
पदनाम \_\_\_\_\_  
Designation  
कार्यालय \_\_\_\_\_  
Office \_\_\_\_\_

## आकस्मिक छुट्टी/प्रतिबंधित अवकाश के लिए आवेदन

### APPLICATION FOR CASUAL LEAVE/RESTRICTED HOLIDAY

1.	आवेदक का नाम Name of the Applicant	
2.	पदनाम Designation	
3.	अनुभाग Section	
4.	छुट्टी की प्रकृति Nature of Leave	<u>आकस्मिक छुट्टी/प्रतिबंधित अवकाश</u>
5.	दिनों की संख्या No. of days	
6.	तारीख Dates	
7.	प्रयोजन Purpose	
8.	क्या स्टेशन छोड़ने की अनुमति मांगी गई है ? Whether permission to leave station is required	हां / नहीं
9.	छुट्टी के दौरान पता Address during the leave	

आवेदक के हस्ताक्षर  
Signature of the Applicant

नियंत्रक अधिकारी की सिफारिश सहित हस्ताक्षर  
Signature & Recommendation of the Controlling Officer  
नाम /Name  
पदनाम /Designation



**त्यौहार अग्रिम मंजूर करने के लिए आवेदन पत्र**  
**APPLICATION FOR GRANT OF FESTIVAL ADVANCE**

1.	पूरा नाम (स्पष्ट अक्षरों में) Name in full (in block letters)	
2.	पदनाम Designation	
3.	इंटरकॉम/टेलीफोन नं. Intercom/Telephone No.	
4.	ई-मेल पता E-mail address	
5.	वर्तमान वेतन (केवल मूलवेतन) Present Pay (Basic only)	
6.	अपेक्षित अग्रिम की राशि Amount of Advance required	
7.	किस्तों की संख्या जिनमें आप इसे चुकाना चाहेंगे (10 माह से अधिक नहीं) Number of Installments in which you would like to repay it. (Not exceeding 10 months)	
8.	त्यौहार का नाम जिसके लिए अग्रिम अपेक्षित है और त्यौहार की तारीख Festival for which advance is required and the date on which the festival falls	
9.	क्या स्थायी, अर्धस्थायी या अस्थायी हैं। यदि स्थायी हैं तो पद का नाम बताएं। Whether Permanent, Quasi Permanent or Temporary. If permanent state name of post	
10.	यदि अस्थायी हैं, जमानती का नाम, पदनाम लिखें और जमानती बंधपत्र सलग्न करें। If temporary ,state name of the surety with his designation, (also enclose the surety bond)	

11.	क्या आपने पहले इसी तरह का अग्रिम लिया है, यदि हां तो उस माह और वर्ष का नाम बताएं जिसमें यह लिया गया था Did you take a similar advance, previously, if so state the month and year in which it was taken	
12.	यदि ऊपर 11 का उत्तर “हां” है तो कृपया बताएं कि अग्रिम पूर्णतः कब वापस किया गया था। If answer to 11 above is “yes” please state when the advance has been fully repaid.	

मैं प्रमाणित करता हूं कि ऊपर दिए गए तथ्य मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य और सही हैं ।

I certify that the facts stated above are true and correct to the best of my knowledge and belief.

तारीख:

Date:

आवेदक के हस्ताक्षर  
Signature of applicant

फार्म - VI

(नियम 21 के नीचे (1) में भारत सरकार का निर्णय देखें)

मोटर कार/मोटर साईकिल/ पर्सनल कंप्यूटर खरीदने के लिए अग्रिम हेतु आवेदन पत्र

1.	आवेदक का नाम	
2.	आवेदक का पदनाम	
3.	जिला और स्टेशन	
4.	मूल वेतन	
5.	मोटर कार/मोटर साईकिल/ पर्सनल कंप्यूटर की अनुमानित कीमत	
6.	अपेक्षित अग्रिम की राशि	
7.	अधिवर्षिता या सेवानिवृत्ति की तारीख या संविदा आधार पर नियुक्त अधिकारी के मामले में संविदा समाप्ति की तारीख	
8.	किस्तों की संख्या जिनमें अग्रिम की राशि लौटाई जानी वांछित है	
9.	क्या समान प्रयोजन के लिए पहले भी अग्रिम प्राप्त किया गया और यदि हां - (i) अग्रिम आहरित करने की तारीख (ii) अभी भी बकाया अग्रिम और/या इस पर लगाए गए ब्याज की राशि	
10	क्या आपका विचार (क) नई या पुरानी मोटर कार/मोटर साइकिल/पर्सनल कंप्यूटर खरीदने का है (ख) मोटर कार/मोटर साइकिल/ पर्सनल कंप्यूटर ऐसे व्यक्ति से खरीदने का है जिससे सरकारी सेवक का सरकारी संव्यवहार होता है, क्या केंद्रीय सिविल सेवा (आचरण) नियमावली, 1964 के नियम 18(3) के तहत यथापेक्षित सक्षम प्राधिकारी की पूर्वानुमति प्राप्त कर ली गई है	
11.	क्या अधिकारी छुट्टी पर है या छुट्टी पर जाने वाला है--- (क) छुट्टी प्रारंभ होने की तारीख (ख) छुट्टी समाप्त होने की तारीख	

12	क्या कोई बातचीत की जा रही है या आरंभिक जानकारी ली जा रही है जिससे अग्रिम आहरण करने के एक महीने के भीतर मोटर कार/मोटर साइकिल/पर्सनल कंप्यूटर की डिलीवरी प्राप्त की जा सके?	
13	<p>(क) प्रमाणित किया जाता है कि ऊपर दी गई सूचना पूर्ण और सत्य है</p> <p>(ख) प्रमाणित किया जाता है कि मैंने मोटर कार/मोटर साइकिल/पर्सनल कंप्यूटर की डिलीवरी नहीं ली है जिसके लिए मैंने अग्रिम के लिए आवेदन किया है, और यह कि अग्रिम प्राप्त करने के एक माह के भीतर मैं उक्त वस्तु की खरीद के संबंध में बातचीत पूरी कर लूंगा और पूर्ण भुगतान कर दूंगा और उक्त वस्तु का कब्जा ले लूंगा।</p>	

तारीख:

आवेदक के हस्ताक्षर

**F O R M - V I**  
**(See Government of India's decision (1) below Rule 21)**

**APPLICATION FORM FOR AN ADVANCE FOR THE PURCHASE OF MOTOR CAR / MOTOR CYCLE / PERSONAL COMPUTER**

1.	<b>Name of Applicant</b>	
2.	<b>Applicant's Designation</b>	
3.	<b>District and Station</b>	
4.	<b>Basic Pay</b>	
5.	<b>Anticipated price of Motor Car / Motor Cycle / Personal Computer</b>	
6.	<b>Amount of Advance Required</b>	
7.	<b>Date of Superannuating or retirement or date of Expiry of contract in case of a contract officer</b>	
8.	<b>Number of Installments in which the advance is desired to be repaid:</b>	
9.	<b>Whether advance for similar purpose obtained Previously and if so ---- (i) Date of drawal of the advance (ii) The amount of advance and / or interest thereon still outstanding, if any</b>	

10.	<b>Whether the intention is to purchase:</b> <b>(a) A new or old Motor Car / Motorcycle/ Personal Computer:</b> <b>(b) If the intention is to purchase Motor Car/ Motor cycle / Personal Computer from a person having official dealings with the Government servant, whether previous sanction of the competent authority has been obtained as required under Rule 18 (3) of the Central Civil Service (Conduct) Rules, 1964</b>	
11.	<b>Whether the officer is on leave or is about to proceed on leave...</b> <b>(a) The date of commencement of leave</b> <b>(b) The date of expiry of leave</b>	
12.	<b>Are any negotiations or preliminary enquiries being made so that delivery may be taken of the Motor Car / Motor Cycle / Personal Computer within one month from the date of drawal of the advance?</b>	
13.	<b>(a) Certified that the information given above is complete and true</b> <b>(b) Certified that I have not taken delivery of the Motor Car / Motor Cycle / Personal Computer on account of which I apply for the advance, that I shall complete negotiations for the purchase, pay finally and take possession of the same before the expiry of one month from the date of drawal of the advance.</b>	

Date:

Applicant's Signature

## छुट्टी यात्रा रियायत अग्रिम का आवेदन

### APPLICATION FOR GRANT OF L.T.C. ADVANCE

1.	सरकारी कर्मचारी का नाम Name of the Government Servant	
2.	पदनाम Designation	
3.	केंद्रीय सरकार की सेवा में आने की तारीख Date of entering the Central Government service	
4.	वेतन Pay	
5.	स्थायी अथवा अस्थायी Whether Permanent or Temporary	
6.	"मूल निवास स्थान" जैसा कि सेवा पुस्तिका में दर्ज है Home Town as Recorded in the Service Book	
7.	क्या पति/पत्नी नौकरी में हौ और यदि है तो क्या वे छुट्टी यात्रा रियायत के हकदार हैं Whether Wife/Husband is employed & if so whether entitled to LTC	
8.	क्या यह रियायत मूल निवास स्थान की यात्रा के लिए है और यदि है तो यह बताएं कि किस ब्लॉक वर्ष के लिए रियायत लेनी है Whether the concession is to be availed for visiting home town, and if so Block Year for which LTC is to be availed.	
9.	(क) यदि यह रियायत भारत में किसी भी स्थान की यात्रा के लिए है तो यह बताएं कि किस स्थान की यात्रा करनी है (a) If the concession is to visit "ANYWHERE IN INDIA", name the place to be visited (ख) रियायत किस ब्लॉक वर्ष के लिए लेनी है (b) Block for which to be availed	

10.	मुख्यालय से मूल निवास स्थान गंतव्य स्थान तक सबसे छोटे मार्ग से एकल रेल यात्रा भाड़ा/बस भाड़ा Single Rail/Bus fare from the Headquarter to Home Town/place of visit by shortest route	
11.	जिन व्यक्तियों के संबंध में छुट्टी यात्रा लेने का प्रस्ताव है उनका विवरण Persons in respect of whom LTC is proposed to be availed	
क्रम सं. Sl. No.	नाम तथा आयु Name and Age	संबंध Relationship
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
12.	अग्रिम राशि जो अपेक्षित है Amount of advance required	Rs . रुपए

मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि जहां तक मेरी जानकारी है उपर्युक्त विवरण सत्य एवं ठीक हैं। मैं यह वचन देता/देती हूँ कि मैं यात्रा के टिकट अग्रिम प्राप्त होने के दस दिन के अंदर प्रस्तुत कर दूंगा/दूंगी।

I declare that the particulars furnished above are true and correct to the best of my knowledge. I undertake to produce the tickets for the outward journey within ten days of receipt of the advance.

मैं यात्रा रद्द हो जाने अथवा अग्रिम प्राप्त होने के दस दिन के अंदर टिकट न प्रस्तुत कर पाने की दशा में अग्रिम की संपूर्ण राशि एक मुश्त वापस करने का वचन देता/देती हूँ।

In the event of cancellation of the journey or if I fail to produce the tickets within 10 days of the receipt of the advance, I undertake to refund the entire advance in one lumpsum.

तारीख :

Date:

आवेदक के हस्ताक्षर

Signature of the Applicant



केंद्रीय सरकार के कर्मचारियों और उनके परिवारों की प्राधिकृत चिकित्सक/अस्पताल से चिकित्सा और/या उपचार पर किए गए व्यय की राशि की प्रतिपूर्ति के लिए आवेदन पत्र

(टिप्पणी : प्रत्येक रोगी के लिए अलग फार्म प्रयोग किया जाए)

---

1. सरकारी कर्मचारी का नाम और पदनाम :  
(साफ अक्षरों में)

i) विवाहित या अविवाहित :

ii) यदि विवाहित है तो वह स्थान जहां पति/पत्नी :  
नियोजित हैं।

2. कार्यालय/डिवीजन, जहां कर्मचारी नियोजित है :

3. सरकारी कर्मचारी की मूल नियमावली के अनुसार :  
निर्धारित वेतन तथा अन्य परिलब्धियां जिन्हें  
अलग दिखाया जाना चाहिए।

4. कार्य-स्थान :

5. वास्तविक रिहायशी पता :

6. रोगी का नाम तथा सरकारी कर्मचारी से :  
उसका संबंध

टिप्पणी : रोगी यदि बच्चे हों तो उनकी आयु भी लिखें।

7. उस स्थान का नाम जहां रोगी बीमार हुआ था :

8. दावा की गई राशि का विवरण :

**I. चिकित्सा**

(i) परामर्श के लिए लिया गया शुल्क :  
साथ ही नीचे लिखी बातें बताई जाए:-

(क) जिस चिकित्सा अधिकारी से परामर्श :  
लिया गया उसका नाम और पद तथा  
उस औषधालय या अस्पताल का नाम  
जिससे वह अधिकारी संबद्ध है।

(ख) परामर्शों की संख्या तथा तारीखें और  
प्रत्येक परामर्श के लिए दिया गया शुल्क:

(ग) इंजेक्शनों की संख्या तथा तारीखें और प्रत्येक  
इंजेक्शन के लिए दिया गया शुल्क :

घ) परामर्श और/या इंजेक्शन अस्पताल  
में लिए गए या चिकित्सा अधिकारी के  
कक्ष में अथवा रोगी के घर पर :

(ii) निदान के लिए किए गए विकृति विज्ञान, :  
जीवाणु विज्ञान, विकिरण-चिकित्सा संबंधी  
परीक्षणों या ऐसे ही अन्य परीक्षणों के  
लिए दी गई राशि का विवरण  
निम्न बातों सहित :-

(क) जहां उपरोक्त परीक्षण किए गए, उस :  
अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम

(ख) क्या ये परीक्षण प्राधिकृत चिकित्सक :  
की सलाह पर करवाए गए थे ,यदि  
हां, तो इस आशय का प्रमाण पत्र  
संलग्न करें।

)iii) बाजार से खरीदी गई दवाइयों की कीमत :

)दवाइयों की सूची ,नकद पर्ची तथा अनिवार्यता प्रमाण पत्र संलग्न होने चाहिए(

(II) अस्पताल में कराया गया उपचार

अस्पताल का नाम :  
अस्पताल में किए गए उपचार पर खर्च :  
के साथ निम्नलिखित पर खर्च को अलग  
दिखाया जाए:-

(i) रहने का स्थान (बताएं कि क्या रोगी :  
को रहने के लिए दिया गया स्थान सरकारी  
कर्मचारी के पद या वेतन के अनुसार तथा  
जहां रहने का स्थान सरकारी कर्मचारी  
के पद से ऊंचा था, उस अवस्था में  
इस आशय का प्रमाण पत्र संलग्न  
किया जाना चाहिए कि रहने के लिए  
जिस स्थान का अधिकारी था,  
वह उपलब्ध नहीं था)

)ii) आहार :

(iii) शल्य चिकित्सा, चिकित्सा उपचार :  
या एकांतवास

(iv) विकृति विज्ञान, जीवाणु विज्ञान :  
और विकिरण विज्ञान संबंधी परीक्षण  
या इसी तरह अन्य परीक्षणों का विवरण,  
जिसमें निम्न बातें बताई जाएं :-

(क) जहां परीक्षण किया गया उस अस्पताल :  
या प्रयोगशाला का नाम; और

(ख) क्या परीक्षण अस्पताल में रोगी की :  
चिकित्सा करने वाले अधिकारी की  
सलाह पर कराया गया, यदि हां तो  
इस आशय का एक प्रमाण पत्र  
संलग्न करें ।

)v) दवाएं

(vi) विशेष दवाएं (दवाइयों की सूची, नकद पर्ची :  
तथा अनिवार्यता प्रमाण पत्र संलग्न करें)

(vii) सामान्य परिचर्या :

(viii) विशेष परिचर्या ,अर्थात् रोगी के लिए विशेष रूप से नियुक्त की गई परिचारिकाएं। बताएं कि क्या उन्हें अस्पताल में संबंधित प्रभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर नियुक्त किया गया है या सरकारी सेवक या रोगी के अनुरोध पर । पहले वाले मामले में इस मामले के प्रभारी अधिकारी का प्रमाण पत्र जिस पर अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित हों, लगाया जाना चाहिए ।

)ix) एंबुलेंस प्रभार )बताएं कि -----से -----तक यात्रा की गई(

)x) अन्य प्रभार, जैसे बिजली ,पंखा ,हीटर ,वातानुकूलन यंत्र आदि के लिए प्रभार। यह भी बताएं कि निर्दिष्ट की गई सुविधाएं सभी रोगियों को सामान्यतः उपलब्ध कराई जाने वाली सुविधाएं हैं और रोगी के पास कोई विकल्प नहीं बचा था।

#### टिप्पणी

1. यदि सरकारी कर्मचारी ने सिविल सेवा )चिकित्सा परिचर (नियमावली 1944,के नियम 7के तहत उपचार अपने निवास स्थान पर प्राप्त किया था ,तो ऐसे उपचार का विवरण दें और प्राधिकृत चिकित्सक का प्रमाण पत्र संलग्न करें जैसा कि इन नियमों के तहत अपेक्षित है।
2. यदि सरकारी अस्पताल से भिन्न किसी अन्य अस्पताल में उपचार कराया गया था तो आवश्यक विवरण दें और प्राधिकृत चिकित्सक का इस आशय का प्रमाण पत्र संलग्न करें कि अपेक्षित उपचार किसी निकटवर्ती सरकारी अस्पताल में उपलब्ध नहीं था।

### III. विशेषज्ञ से परामर्श

प्राधिकृत चिकित्सक से भिन्न किसी अन्य विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी को दिया गया शुल्क , तथा बताए:-

- (क) जिस विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से परामर्श लिया गया उसका नाम और पद और उस अस्पताल का नाम जिससे वह संबद्ध है।
- (ख) परामर्शों की संख्या तथा तारीखें और प्रत्येक परामर्श के लिए लिया गया शुल्क
- (ग) परामर्श अस्पताल में ,विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के घर पर लिया गया ।
- (घ) क्या प्राधिकृत चिकित्सक की सलाह पर विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से परामर्श किया गया था और राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का पूर्व अनुमोदन प्राप्त किया गया था। यदि ऐसा है, तो इस आशय का प्रमाण पत्र संलग्न किया जाए।

- 1. दावा की गई कुल राशि \_\_\_\_\_.
- 2. घटाएं (-) ली गई अग्रिम की राशि \_\_\_\_\_.
- 3. दावा की गई निवल राशि \_\_\_\_\_.
- 4. संलग्न फार्मों की सूची (1)  
(2)  
(3)  
(4))

घोषणा पत्र जिस पर सरकारी सेवक द्वारा हस्ताक्षर किए जाएं

मैं घोषणा करता हूं कि आवेदन में दिया गया विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही है और जिस व्यक्ति पर उक्त रकम खर्च की गई है, वह मुझ पर आश्रित है।

तारीख :

)सरकारी सेवक के हस्ताक्षर(

नाम:

कर्मचारी कोड संख्या:

टेली./इंटरकॉम नं.

**Form of application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance and /or treatment of Central Government Servants and their families- For medical attendance/ treatment taken from an Authorised Medical Attendant / Hospital.  
(N.B.- SEPARATE FORM SHOULD BE USED FOR EACH PATIENT)**

**1. NAME and DESIGNATION of the :  
Government servant (in BLOCK letters)**

**i) Whether Married or Unmarried :**

**ii) If married, the place where wife/ :  
husband is employed**

**2. Office /Division in which employed:**

**3. Pay of the Government Servant as defined :  
in the Fundamental Rules, and any other  
emoluments which should be shown separately**

**4. Place of duty :**

**5. Actual residential address :**

**6. Name of the patient and his/her :  
relationship to the Government Servant  
*N.B.-In the case of children, state age also***

**7. Place at which the patient fell ill :**

**8. Details of the amount claimed :**

**I. MEDICAL ATTENDANCE**

**(i) Fees for consultation indicating :**

**(a) the name & designation of the medical :  
officer consulted and the hospital or  
dispensary to which attached**

**(b) the number and dates of consultation :  
and the fee paid for each consultation**

**(c) the number & dates of injection and :  
the fee paid for each injection**

**(d) whether consultation and/or injections :  
were had at the hospital, at the  
consulting room of the medical officer  
or at the residence of the patient**

**(ii) Charges for pathological, bacteriological,  
radiological or other similar tests**

**undertaken during diagnosis indicating :-**

**(a) The name of the hospital or :  
laboratory where undertaken; and  
(b) Whether the tests were undertaken :  
on the advice of the authorised  
medical attendant. If so, a certificate  
to that effect should be attached**

**(iii) Cost of medicines purchased from the market :  
(List of medicines, Cash memos and the  
essentiality certificates should be attached)**

## **II. HOSPITAL TREATMENT**

**Name of the Hospital :**

**Charges for hospital treatment indicating  
separately the charges for :-**

**(i) Accommodation (State whether it was according :  
to the status or pay of the Govt. Servant and in case  
where the accommodation is higher than the status  
of the Government Servant, a certificate should be  
attached to the effect that the accommodation to  
which he was entitled was not available)**

**(ii) Diet :**

**(iii) Surgical operation or medical treatment or :  
confinement**

**(iv) Pathological, bacteriological, radiological :  
or other similar tests indicating: -**

**(a) The name of the hospital or laboratory :  
at which undertaken ; and  
(b) Whether undertaken on the advice of the :  
medical officer- in-charge of the case at the  
hospital. If so, a certificate to that effect  
should be attached.**

**(v) MEDICINES :**

**(vi) Special medicines (List of medicines, cash : memos and the essentiality certificates should be attached)**

**(vii) Ordinary Nursing :**

**(viii) Special nursing, i.e. nurses, specially engaged for : for the patient. State whether they are employed on the advice of the medical Officer- in-Charge of the case at the hospital or at the request of the Govt. Servant or patient. In the former case a certificate from the medical Officer-in- Charge of the case and countersigned by the medical superintendent of the hospital should be attached**

**(ix) Ambulance charges (State the journey : to \_\_\_\_\_ and fro \_\_\_\_\_ undertaken)**

**(x) Any other charges, e.g. charges for electric light, : fan, heater, air conditioning, etc. State also whether the facilities referred to are a part of the facilities normally provide to all patients and no choice was left to the patient**

**NOTES**

**1. If the treatment was received by the Government Servant at his residence under Rule 7 of CS (MA) Rules, 1944, give particulars of such treatment and attach a certificate from the authorised medical attendant as required by these rules.**

**2. If the treatment was received at a hospital other than a Government hospital, necessary details and the certificate of the authorised medical attendant that the requisite treatment was not available in any nearest Govt. Hospital should be furnished.**

### **III. CONSULTATION WITH SPECIALIST**

**Fees paid to a specialist or a Medical Officer other than the authorised medical attendant, indicating :-**

**(a) The name and designation of the Specialist or :  
Medical Officer consulted and the hospital to which  
Attached**

**(b) Number and dates of consultation and the fee :  
charged for each consultation**

**(c) Whether consultation was had at the hospital, at :  
the consulting room of the specialist or Medical  
Officer, or at the residence of the patient**

**(d) Whether the specialist or Medical Officer was :  
consulted on the advice of the authorised medical  
attendant and the prior approval of the Chief  
Administrative Medical Officer of the State was  
obtained. If so, a certificate to that effect should  
be attached**

**9. Total Amount Claimed Rs . \_\_\_\_\_**

**10. Less Advance Taken on \_\_\_\_\_ Rs. \_\_\_\_\_**

**11. Net Amount Claimed Rs. \_\_\_\_\_**

**12. List of enclosures:**

#### **DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT**

**I hereby declare that the statements in the application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me.**

**Dated : .....**

**(Signature of the Govt. Servant)**

**Name : \_\_\_\_\_**

**Emp. Code No. : \_\_\_\_\_**

**Tel. /Intercom No. \_\_\_\_\_**





