

ਵੱਲੋਂ

.....
.....
.....

ਵੱਲ :-

.....
.....
.....

ਮੀਮੋ ਨੰਬਰ :

ਮਿਤੀ :

ਵਿਸ਼ਾ :- ਸ਼੍ਰੀ/ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ.....ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਖਰਚੇ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀ ਪੂਰਤੀ ਕਰਨ ਬਾਰੇ।

ਇਹ ਦਫ਼ਤਰ ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਕਰ ਰਹੇ/ਰਹੀ ਸ਼੍ਰੀ/ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ.....ਨੇ
ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਤੀ ਬੇਨਤੀ ਮਿਤੀਰਾਹੀਂ ਆਪਣੇ
ਪੁੱਤਰ/ਪੁੱਤਰੀ.....ਦਾ
ਇਲਾਜ.....(ਹਸਪਤਾਲ)
ਵਿੱਚ ਮਿਤੀਤੋਂ.....ਤੱਕ ਦਾਖਲ ਰਹਿ ਕੇ ਆਏ ਖਰਚੇ
.....ਰੁਪਏ ਦਾ ਅਸੈਂਸਲਟੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਸਮੇਤ ਵਾਊਚਰਾਂ, ਐਫੀਡੇਵਟ, ਸਵੈ-ਘੋਸ਼ਣਾ
ਅਤੇ ਹੋਰ ਪ੍ਰੋਫਾਰਮਾ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰਕੇ ਪ੍ਰਤੀ ਪੂਰਤੀ ਲਈ ਦਿੱਤੇ ਹਨ। ਇਸ ਖਰਚੇ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀ ਪੂਰਤੀ ਕਰਨ
ਲਈ ਅਸੈਂਸਲਟੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ, ਐਫੀਡੇਵਟ, ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਪ੍ਰੋਫਾਰਮਾ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰਕੇ ਪ੍ਰਤੀ ਪੂਰਤੀ ਲਈ
ਦਿੱਤੇ ਹਨ। ਇਸ ਖਰਚੇ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀ ਪੂਰਤੀ ਕਰ ਲਈ ਅਸੈਂਸਲਟੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ, ਵਾਊਚਰ, ਐਫੀਡੇਵਟ,
ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਪ੍ਰੋਫਾਰਮਾ ਦੇ ਪੜ੍ਹਤਾਂ ਵਿੱਚ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰਕੇ ਅਗਲੀ ਯੋਗ ਕਾਰਵਾਈ ਹਿੱਤ ਭੇਜੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਜੀ।

ਨੱਥੀ : ਉਕਤ ਅਨੁਸਾਰ।

ਅੰਡਰਟੇਕਿੰਗ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ

ਸੈਕਸ਼ਨ ਪ੍ਰੋਵਿਜ਼ਨ ਆਫ ਪੈਰਾ (II) ਆਫ ਪੱਤਰ ਨੰਬਰ 12/69/98-5 H.B.V./12329

ਮਿਤੀ 01-09-2000H

ਮੈਂਪੁੱਤਰ/ਪੁੱਤਰੀ/ਪਤਨੀ ਸ੍ਰੀ

ਵਾਸੀ.....

ਤਹਿਸੀਲ..... ਜਿਲ੍ਹਾਦਾ/ਦੀ ਰਹਿਣ ਵਾਲਾ/ਵਾਲੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਹੇਠ

ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਬਿਆਨ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ :-

1. ਮੈਂ ਖੁਦ.....ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਮਰੀਜ਼
ਸੀ ਅਤੇ(ਹਸਪਤਾਲ) ਵਿਖੇ ਇਲਾਜ
ਅਧੀਨ ਸੀ।
2. ਮੈਂ ਮਿਤੀਤੋਂਤੱਕ ਇਲਾਜ ਅਧੀਨ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ
ਸੀ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਦਾ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲ ਜੋਰੁਪਏ ਹੈ ਪੇਸ਼ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ।
3. ਮੈਂ ਇਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਮੈਡੀਕਲ ਬੀਮਾ/ਦੁਰਘਟਨਾ ਬੀਮਾ ਤੋਂ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਾਧਨ ਤੋਂ ਇਸ ਇਲਾਜ
ਲਈ ਕੋਈ ਸਹਾਇਤਾ ਨਹੀਂ ਲਈ।

ਮੈਡੀਕਲ ਕਲੇਮ ਸਬੰਧੀ ਵੇਰਵਾ (Annexure-A)

ਕਰਮਚਾਰੀ/ਕਲੇਮੈਂਟ ਦਾ ਨਾਮ.....ਪਿਤਾ/ਪਤੀ ਦਾ
ਨਾਂ.....ਅਹੁਦਾ ਬੇਸਿਕ ਪੇ.....

ਦਫਤਰੀ ਪਤਾ :-

ਸਰਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਸਕੂਲ.....
ਬਲਾਕ.....ਜਿਲ੍ਹਾ.....

ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਪਤਾ :-

ਪਤਾ :ਪਿੰਡ/ਸ਼ਹਿਰ.....ਤਹਿਸੀਲ.....
ਜਿਲ੍ਹਾਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮਉਮਰ.....
ਕਲੇਮੈਂਟ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ.....ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਨਾਮ
ਇਲਾਜ ਦਾ ਸਮਾਂ.....ਤੋਂ.....ਤੱਕ (ਅਤੇ).....
ਤੋਂ..... ਤੱਕ ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ
ਕਲੇਮ ਕੀਤੀ ਗਈ ਰਕਮਕਲੇਮ ਦੀ ਕਿਸਮ : ਖੁਦ/ਡੀਪੈਂਡੈਂਟ ਦੀ
ਆਮਦਨ ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਹੈ ਤਾਂ ਲਿਖੀ ਜਾਵੇ (ਮਹੀਨਾਵਾਰ).....

ਕੇਵਲ ਦਫਤਰੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ :-

ਕੀ ਲੋੜੀਂਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੱਥੀ ਹਨ ? ਹਾਂ/ਨਹੀਂ/ਅਧੂਰੇ ਹਨ।

ਕੀ ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ ਪਾਸੋਂ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਜਾਰੀ ਹੋ ਚੁੱਕੀ ਹੈ? ਹਾਂ/ਨਹੀਂ। ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ ਮੰਨਜ਼ੂਰ ਹੋਈ
ਰਕਮ

ਡੀ.ਈ.ਓ/ਬੀ.ਪੀ.ਓ. ਹਸਤਾਖਰ ਸਮੇਤ ਮੋਹਰ

ਡੀਲਿੰਗ ਸਹਾਇਕ ਦਾ ਨਾਮ.....ਅਹੁਦਾ.....
ਬ੍ਰਾਂਚ.....

ਬਿੱਲ ਦੀ ਸਥਿਤੀ : ਪੈਡਿੰਗ/ਮੰਨਜ਼ੂਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ/ਮੰਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ।

ਜੇਕਰ ਮੰਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਤਾਂ ਮੰਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤੀ ਰਕਮਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਦੀ
ਮਿਤੀਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਕਥਨ :

ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲ ਸਬੰਧੀ ਚੈਕ ਲਿਸਟ

1. ਹਾਂ, ਇਹ ਬਿੱਲ ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਤਹਿ ਕੀਤੀ ਗਈ/ਰੁਪਏ ਤੱਕ ਹੈ/ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੈ। ਜਿਸ ਦੀ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਸਰਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਹੈ।
2. ਹਾਂ, ਖਰੀਦੀਆਂ ਗਈਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਇਲਾਜ ਸਮੇਜ਼ ਦੌਰਾਨ ਹੀ ਖਰੀਦੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ।
3. ਹਾਂ, ਇਹ ਬਿੱਲ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਛੇ ਮਹੀਨੇ ਅੰਦਰ ਹੀ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਪੇਸ਼ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਇਸਦਾ ਡਾਇਰੀ ਨੰਬਰਮਿਤੀਹੈ।
4. ਪ੍ਰਤੀ ਪੂਰਤੀ ਯੋਗ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ ਵੱਲੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।
5. ਪ੍ਰਤੀ ਪੂਰਤੀ ਅਤੇ ਨਾ ਪ੍ਰਤੀ ਪੂਰਤੀ ਯੋਗ ਖਾਈਮ ਸਰਕਾਰੀ ਦਰਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਕਟੌਤੀ ਉਪਰੰਤ ਘੱਟ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ, ਜਿਸ ਸਬੰਧੀ ਕਾਰਵਾਈ ਡੀ.ਐਚ.ਐਸ. ਪੰਜਾਬ ਦੇ ਦਫ਼ਤਰ ਵੱਲੋਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ।
6. ਹਾਂ, ਕਲੇਮ ਇਨਡਰ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਹੈ।
7. ਹਾਂ, ਬਿੱਲ ਦਾ ਜੋੜ ਸਹੀ ਹੈ।
8. ਹਾਂ, ਬਿੱਲ ਸਰਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਸਮੇਂ-ਸਮੇਂ ਜਾਰੀ ਹਦਾਇਤਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਹੈ।
9. ਹਾਂ, ਕਲੇਮੈਂਟ ਇੱਕਅਤੇ ਖਜਾਨਾ ਅਫ਼ਸਰ..... ਰਾਹੀਂ ਪੈਨਸ਼ਨ ਡਰਾਅ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਇਹ ਮੈਡੀਕਲ ਭੱਤਾ ਨਹੀਂ/ਹਾਂ ਲੈ ਰਿਹਾ ਹੈ।
10. ਹਾਂ, ਕਲੇਮੈਂਟ ਨੇ ਚਾਲੂ ਵਿੱਤੀ ਸਾਲ ਦੌਰਾਨ ਕੋਈ ਆਊਟ ਡੌਰ ਖਰਚ ਕਲੇਮ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ।
11. ਹਾਂ, ਬਿੱਲ ਸਬੰਧੀ ਮੈਡੀਕਲ ਅਧਿਕਾਰੀ ਪਾਸੋਂ ਤਸਦੀਕ ਹੈ।
12. ਹਾਂ, ਬਿੱਲ ਹੈਂਡ ਆਫਿਸ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।
13. ਇਸ ਬਿੱਲ ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ ਲੇਖਾ ਮੱਦ
.....ਵਿੱਚੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਹੈ।
14. ਹਾਂ, ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਨਾਮ ਮੈਡੀਕਲ ਰੀ ਇੰਮਬਰਸਮੈਂਟ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਅਤੇ ਲਿਸਟ ਵਿੱਚ ਦਰਜ ਹੋਈ।
15. ਹਾਂ, ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲਾਂ ਸਬੰਧੀ ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਹਦਾਇਤਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਕਾਰਵਾਈ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
16. ਨਾ ਪ੍ਰਤੀ ਪੂਰਤੀ ਯੋਗ ਦਵਾਈਆਂ ਸਰਕਾਰੀ ਦਰਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਤਸਦੀਕ ਉਪਰੰਤ ਕੱਟੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਹਨ, ਜਿਹਨਾਂ ਦੀ ਕਟੌਤੀ ਡੀ.ਐਚ.ਐਸ. ਪੰਜਾਬ ਦੇ ਦਫ਼ਤਰ ਵੱਲੋਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ।
17. ਡਾਈਟ ਚਾਰਜ ਕਲੇਮ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹਨ।
18. ਪੀ.ਜੀ.ਆਈ. ਚੰਡੀਗੜ੍ਹ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਰੂਮ, ਰੈਟ ਚਾਰਜ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ।
19. ਕਲੇਮੈਂਟ ਦੇ ਆਪਣੇਦਾ ਇਲਾਜ ਹੈ।
20. ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਕਿਉਂ ਜੋ ਇਸ ਸਬੰਧੀ ਸਰਕਾਰ ਦੀਆਂ ਹਦਾਇਤਾਂ ਮਿਤੀਅਨੁਸਾਰ ਸੋਧ ਹੋ ਚੁੱਕੀ ਹੈ।
21. ਹਾਂ, ਅੰਡਰਟੇਕਿੰਗ ਕਲੇਮ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਹੈ।

22-23-24-ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਸਿੱਖਿਆ ਵਿਭਾਗ ਪੱਤਰ ਨੰਬਰ
ਸ੍ਰੀ.....ਮਿਤੀ
ਅਨੁਸਾਰ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਮਿਲ ਚੁੱਕੀ ਹੈ ਜੋ ਅਸਲ ਹੀ ਕਲੇਮ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਹੈ।

ਮੈਡੀਕਲ ਕਲੇਮ ਸਬੰਧੀ ਵੇਰਵਾ

ਮੈਡੀਕਲ ਕਲੇਮ ਸ੍ਰੀ/ਸ੍ਰੀਮਤੀ.....ਉਮਰ.....ਪਤੀ/ਪਿਤਾ ਦਾ
ਨਾਮ.....ਅਹੁਦਾ.....ਸ.ਸ.ਸ.....ਬਲਾਕ.....ਘਰ
ਦਾ ਪਤਾ.....ਕਲੇਮੈਂਟ ਨਾਲ
ਰਿਸ਼ਤਾ ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ.....ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ
ਨਾਮ.....ਇਲਾਜ ਦਾ ਸਮਾਂ.....ਕਲੇਮ ਕੀਤੀ ਗਈ
ਰਕਮ.....

ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ ਸਮੇਤ ਫੋਨ ਨੰਬਰ

ਨੱਥੀ ਪੰਨਾ ਨੰਬਰ

1. ਮੈਡੀਕਲ ਕਲੇਮ ਦੀ ਚੈਕ ਲਿਸਟ
2. ਕਲੇਮੈਂਟ ਵੱਲੋਂ ਬਿਨੈ ਪੱਤਰ
3. ਕਲੇਮੈਂਟ ਵੱਲੋਂ ਪੇਸ਼ ਕੀਤਾ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਤੀ ਪੂਰਤੀ
- ਬੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜੋ ਕਿ ਸਬੰਧਤ ਵੱਲੋਂ ਤਸਦੀਕਸ਼ੁਦਾ ਹੈ
4. ਕਲੇਮੈਂਟ ਵੱਲੋਂ ਹਸਤਾਖਰ ਕੀਤਾ ਕਲੇਮੈਂਟ ਫਾਰਮ
5. ਅਨੁਲਗ ਬੀ ਤੇ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਕਰੋਨਿਕ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਦੀ ਕਾਪੀ
6. ਸਵੈ-ਘੋਸ਼ਣਾ ਪੱਤਰ (ਕਲੇਮੈਂਟ ਵੱਲੋਂ/ਆਸ਼ਰਿਤ ਮਰੀਜ਼ ਵੱਲੋਂ)
- ਅੰਡਰਟੇਕਿੰਗ ਰਾਸ਼ਨ ਦੀ ਕਾਪੀ
7. ਡਿਸਚਾਰਜ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜਾਂ ਲਾਮਾ ਸਮੀਰ (ਅਸਲ)
8. ਮੌਤ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ
9. ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਬਿੱਲ (ਅਸਲ)
10. ਪੀ.ਪੀ.ਓ. ਨੰਬਰ (ਕਾਪੀ)
11. ਬੈਂਕ ਦੀ ਪਾਸ ਬੁੱਕ ਦੀ ਕਾਪੀ

ਡਿਸਪੈਚ ਨੰਬਰ.....

ਮਿਤੀ.....

ਉਕਤ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪੂਰੇ ਹਨ ਅਗਲੇਰੀ ਕਾਰਵਾਈ ਲਈਨੂੰ ਭੇਜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਦਸਤਖਤ ਅਤੇ ਮੋਹਰ
ਰਿਟਾਇਰੀ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

ਸੇਵਾ ਵਿਖੇ,

ਸਿਵਲ ਸਰਜਨ

.....

ਪੱਤਰ ਨੰਬਰ ਨੰ-1/201

ਮਿਤੀ.....

ਉਕਤ ਵਿਸ਼ੇ ਅਨੁਸਾਰ ਕਲੇਮੈਂਟ ਦਾ ਅਸਲ ਕੇਸ ਮੂਲ ਰੂਪ ਵਿਚ ਸਰਕਾਰੀ ਦਰਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਤਸਦੀਕ ਕਰਨ
ਲਈ ਅਤੇ ਅਗਲੇਰੀ ਕਾਰਵਾਈ ਲਈ ਆਪ ਜੀ ਨੂੰ ਭੇਜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

.....

PROFORMA

1. Name of the claimant :
2. Designation :
3. Basic Pay :
4. Branch in which working :
5. Relation with the claimant :
6. Name of the patient :
7. Duration of treatment :
8. Name of the Hospital :
9. No. and data of prescription :
10. Amount claimed for reimbursement :
11. Name of the dealer from when medicines Purchased and no and date along with the total amount of the cash memo issued by him. :
12. Name and designation of the counter signing amount of authority :

Declaration :-

1. I hereby declare that the Medici per purchased the treatment of the (details have already been entirely conserved).
2. I hereby declare that the treatment for which the charge is being claimed is not preferred during, the currency of the treatment.
3. I hereby declare that the treatment for for the above mentioned period has been got fromand further certify that the claim for the above mentioned, period from any other dispensary (Except the one stated above) has not been preferred previously, nor will be preferred in further.
4. It is further that the dependent/family member viz reimbursement of Rs.....is being claimed is employed in the office ofwhich is in the state, is situated at a distance ofmiles from Chandigarh.
5. It is certified that he/she has not claimed the above amount the date of expiry of implement, the movement proforma induplicate is attached.

Signature of claimant

Certified that the claims has been checked and found correct all respects.

Signature of Head Office

DETAIL OF MEDICAL REIMBURSEMENT BILL

Employee/Retiree NameFather's Name
.....Designation.....Basic
Pay/Pension.....

OFFICE ADDRESS :-

Address
Village/City.....Tehsil.....
Block NameDistrict Punjab.

RESIDENCE ADDRESS :-

Address.....Village/City
.....Tehsil..... Block Name
.....District Punjab Patient
Name.....age.....with
Employee..... Name
of Disease.....to.....Name of the Hospital
...../.....Amount
claimed.....

Type of Claim : Self/Dependent

Income of Dependent.....

Signature of Claimant

TO BE CERTIFIED BY THAT PBEQ

Are all required documents attached ?	Yes/No/Incomplete
Approval from Health Department received ?	Yes/No. If Yes>Amount Approved ...
Is Medical Certificate of doctor attached	Yes/No.
Has the Bill been submitted in time ?	Yes/No.

Signature of BPEQ/Stamp.....

**

FOR OFFICE USE ONLY

Name of the Dealing Officer

Designation

Branch.....

Status of Bill : Pending/Rejected/Sanctioned

If Sanctioned :

Amount Approved :.....

Date of Approval.....

Remarks :.....

- 1

Serial No.	Name of the Chemist & place from which medicine were purchased	Outdoor Ticket No. & Date	Vr. No. & Date	Name of Medicines in capital letters with quantity	Amount
1	2	3	4	5	6

1. I hereby declare that medicines purchased for the treatment for the patient have already been entirely consumed.
2. I hereby declare that the treatment for which charge is being claimed preferred during the course of treatment.
3. I hereby declare that treatment for dependent for the above noted period has been got form.....and further certify that claim for the above noted the previous bill produced.
4. I hereby declare that the dependent viz.....in respect of whose treatment medicines reimbursement of income whatsoever.
5. I hereby declare that dependentmy wife/husband is permanent residing with mw in village.....
6. I hereby declare that my wife/husband is working as in and he/she has claimed reimbursement in respect of this patient.

Signature of claimant
With designation & date.

MEDICAL RE-IMBURSEMENT CERTIFICATE

O.P.D.Nodate.....period of treatment

I certified that Mrs/Mr/Miss.....employed in thetreatment at the.....Hospital/My consulting room and that under mentioned Medicines prescribed by me in this connection were absolutely essential for the treatment and recovery prevention of serious deterioration in the condition of patient the Medicine were not stocked in the(Name of Hospital) for supply to entitle patient and do include proprietary which are which cheapest substitute for equal the apecutic value are available not preparation which are primarily food, toilets are disinfectant.

2. Certified the treatment as impatient was necessary.
3. Certified that the medicine charged have no cheaper effective substitute.
4. Period of treatment from.
5. Certified that the medicines are not in the nature tonic etc the cost of which is not Re-Imbursablè under Government order issued on the subject from time to time.
6. Certified that the medicine prescribed are not in the list of reimbursable Medicine article last recon side Punjab Government letter NO.17014-S/15831-CH-41HBI-577706dated the 25th January 1957.
7. He/she is suffering from.

Name of Medicines	Name of the Doctor	Name of Chemist Firm	Outdoor Ticket No. & date on which prescribed	Date of which actually purchased	Price. Rs. P.
1	2	3	4	5	6

1. Certificate that Shri/Smt.....is myHe/She is dependent upon me and residing with me.
2. Certificate that the medicines have been purchased by.....and consumed by.....
3. Certificate that my Basic pay is.....

Signature and designation of
Authorized Medical Attended

Signature of applicant

I certify that Mr./Mrs./Miss.....
 Wife/Son/Daughter of Sh.....
 Employee in the.....has been
 Under my treatment of the.....,Hospital/my consulting
 Room and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were
 absolutely essential for the treatment and recover of prevention of serious deterioration in
 the condition of the patient. The medicines were not stocked the
(Name of Hospital) for supply to the
 Entitled Patient and do the induced Proprietary which cheaper substitute be equal the
 republic value are available, not Preparation which are Primarily food, toilets, of
 disinfection.

2. Certified that treatment as in patient was not necessary.
3. Certified that the medicine charged have not cheaper.
4. Period of treatment from.....to.....
5. Certified that the Process claim is reasonable.
6. Certified that the medicines are not in nature of notice etc. The cost of which is not
 reimbursable under Government order is used on the subject from time to time.
7. Certified that the medicines prescience prescribed are not in the list or non
 impermeable medicine/articles/last revises vide Punjab Govt. Letter No.
 17014015881.. Ch-41 HBI-56/766 Dated January 1956.
8. He/She was suffering.

Name of Medicines	Out-door ticket No. & date on which actually prescribed	Date of Actually, Purchased	Price	
			Rs.	P

- 1) Certified that my basic pay if Rs.....
- 2) Certified that the medicines purchased and consumed during the period of
 statement.
- 3) Further certified that my wife/son/daughter/mother/father woolly dependent
 upon my source of income of her treatment.

**SIGNATURE AND DESIGNATION
 OF THE AUTHORISED MEDICINE
 ATTENDANT**

Date.....

ਸਵੈ ਘੋਸ਼ਣਾ

ਮੈਂ.....ਪੁੱਤਰ/ਪੁੱਤਰੀ/ਪਤਨੀ ਸ੍ਰੀ ਉਮਰ
ਤਕਰੀਬਨਸਾਲ ਵਾਸੀ
ਤਹਿਸੀਲਜ਼ਿਲ੍ਹਾਦਾ/ਦੀ ਰਹਿਣ ਵਾਲਾ/ਵਾਲੀ ਹਾਂ ਅਤੇ
ਹੇਠ ਲਿਖਿਆ ਹਲਫ਼ੀਆ ਬਿਆਨ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ :

1. ਇਹ ਕਿ ਮੈਂਵਿਭਾਗ
ਬਤੌਰਮਿਤੀਨੂੰ/ਤੋਂ ਕੰਮ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ
ਹਾਂ/ਸੇਵਾ ਨਿਵਰਤਿਤ ਹੋਇਆ/ਹੋਈ ਹਾਂ। ਮੇਰਾ ਪੀ.ਪੀ.ਓ. ਨੰਬਰਹੈ।
2. ਇਹ ਕਿ ਮੈਂ ਆਪਣੀ/ਆਪਣੇ.....ਦਾ ਇਲਾਜ
ਨਿੱਜੀ ਹਸਪਤਾਲ/ਸਰਕਾਰੀ ਹਸਪਤਾਲਵਿਖੇ
ਮਿਤੀਤੋਂਤੱਕ ਦਾਖਲ ਰਹਿ ਕੇ
ਕਰਵਾਇਆ ਹੈ।
3. ਇਹ ਕਿ ਮੇਰੇ ਉਕਤ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਜਿਸਦਾ ਨਾਮਹੈ ਦੀ ਜਨਮ
ਮਿਤੀਹੈ।
4. ਇਹ ਕਿ ਮੇਰਾ ਉਕਤ ਵਰਣਿਤ ਆਸ਼ਰਿਤ ਕਿਸੇ ਸਰਕਾਰੀ/ਗ਼ੈਰ ਸਰਕਾਰੀ/ਅੱਧ ਸਰਕਾਰੀ ਜਾਂ ਨਿੱਜੀ
ਅਦਾਰੇ ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਤੇ ਇਸਦੀ ਆਮਦਨ ਦਾ ਕੋਈ ਵਸੀਲਾ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਉਹ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ
ਮੇਰੇ ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਹੈ ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਹੀ ਪੱਕੇ ਤੌਰ ਤੇ ਰਹਿ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹੈ (ਸਬੂਤ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਹੈ)।
5. ਇਹ ਕਿ ਮੈਂ ਉਕਤ ਵਰਣਿਤ ਆਸ਼ਰਿਤ ਆਪਣੇਦਾ ਇਲਾਜ ਆਪ
ਕਰਵਾਇਆ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸਦੇ ਇਲਾਜ ਤੇ ਹੋਏ ਖਰਚੇ ਦੀ ਸਾਰੀ ਅਦਾਇਗੀ ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਕੀਤੀ ਗਈ
ਹੈ।
6. ਇਹ ਕਿ ਮੈਂ ਉਕਤ ਦਰਸਾਏ ਗਏ ਇਲਾਜ ਤੇ ਹੋਏ ਖਰਚੇ ਦਾ ਸਰਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਨਿਰਧਾਰਤ ਚੇਟਾਂ ਤੇ
ਕਲੇਮ ਲੈਣ ਲਈ ਤਿਆਰ ਹਾਂ।
7. ਇਹ ਕਿ ਮੈਂ ਇਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਉਕਤ ਇਲਾਜ ਸਬੰਧੀ ਕੋਈ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਤੀਪੂਰਤੀ ਕਲੇਮ ਨਹੀਂ ਲਿਆ
ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਕਲੇਮ ਕਰਾਂਗਾ।
8. ਇਹ ਕਿ ਮੇਰੇ ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਉਕਤ ਆਸ਼ਰਿਤ ਦੀ ਸਾਰੇ ਵਸੀਲਿਆਂ ਤੋਂ ਆਮਦਨ 1000/ ਰੁਪਏ
ਮਹੀਨਾ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ।
9. ਇਹ ਕਿ ਮੈਡੀਕਲ ਕਲੇਮ ਸਹੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਇਹ ਕਿਸੇ ਸਟੇਜ਼ ਤੇ ਜਾਅਲੀ ਜਾਂ ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਹੋਰ
ਫੇਰੀ ਸਾਬਤ ਹੋਈ ਤਾਂ ਮੈਂ ਸਿਵਲ/ਵਿਭਾਗੀ/ਕਰੀਮਿਨਲ ਸਜ਼ਾ ਦਾ/ਦੀ ਭਾਗੀਦਾਰ ਹੋਵਾਂਗਾ/ਹੋਵਾਂਗੀ।

ਮਿਤੀ :.....

ਬਿਆਨਕਾਰ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

ਮੈਂਪੁੱਤਰ/ਪੁੱਤਰੀ/ਪਤਨੀ ਸ੍ਰੀ
ਵਾਸੀ.....ਤਹਿਸੀਲ
....., ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ ਪੰਜਾਬ ਇਹ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ
ਉਪਰੋਕਤ ਅਤੇ ਨੱਥੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦਿੱਤੀ ਸੂਚਨਾ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਅਨੁਸਾਰ ਦਰੁਸਤ ਹੈ ਅਤੇ
ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਵੀ ਛੁਪਾਇਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ। ਮੈਂ ਇਸ ਗੱਲ ਤੋਂ ਜਾਣੂ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ
ਗਈ ਸੂਚਨਾ ਝੂਠੀ ਸਾਬਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਮੈਂ ਕਾਨੂੰਨ ਅਧੀਨ ਸਜ਼ਾ ਦਾ ਭਾਗੀਦਾਰ ਹੋਵਾਂਗਾ/ਹੋਵਾਂਗੀ ਅਤੇ ਅਜਿਹੀ
ਝੂਠੀ ਸੂਚਨਾ ਦੇ ਅਧਾਰ ਤੇ ਮੈਨੂੰ ਮਿਲੇ ਲਾਭ ਸਰਸਰੀ ਤੌਰ ਤੇ (Summarily) ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਣਗੇ।

ਪਾਸਪੋਰਟ
ਸਾਈਜ਼
ਫੋਟੋ
ਸਵੈ ਤਸਦੀਕ

ਬਿਆਨਕਾਰ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀ ਵੱਲੋਂ ਸਵੈ ਘੋਸ਼ਣਾ

ਮੈਂਪੁੱਤਰ.....ਵਾਸੀ.....

.....ਸਵੈ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ ਹਾਂ
ਕਿ:-

1. ਇਹ ਕਿ ਮੇਰਾ ਪੁੱਤਰ/ਪੁੱਤਰੀ/ਪਤਨੀ/ਪਤੀਜੋ ਕਿ ਪੰਜਾਬ
..... ਵਿੱਚ ਰੈਗੂਲਰ ਤੌਰ ਤੇ ਬਤੌਰ
ਵਜੋਂ ਵਿਖੇ ਸੇਵਾ ਨਿਭਾ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਮੈਂ
ਪੂਰਨ ਤੌਰ ਤੇ ਉਸ ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਹਾਂ।
2. ਇਹ ਕਿ ਮੈਂ ਆਪਣਾ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਮਿਤੀ ਤੋਂ
.....ਤੱਕ ਦਾਖਲ ਰਹਿ ਕੇ ਕਰਵਾਇਆ ਹੈ।
3. ਇਹ ਕਿ ਮੇਰੇ ਪੁੱਤਰ/ਪੁੱਤਰੀ/ਪਤਨੀ/ਪਤੀ ਨੇ ਮੇਰਾ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਇਆ ਹੈ ਜਿਸ ਤੇ ਮੈਂ ਨਿਰਭਰ ਹਾਂ, ਅਤੇ
ਮੇਰੀ ਉਮਰ ਹੈ।
4. ਇਹ ਕਿ ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਰਕਾਰੀ ਗੈਰ-ਸਰਕਾਰੀ ਅਰਧ ਸਰਕਾਰੀ ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਅਦਾਰੇ ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਨਹੀਂ
ਕਰਦਾ, ਅਤੇ ਮੇਰੀ ਜਾਇਦਾਦ ਤੇ ਕੋਈ ਆਮਦਨ ਨਹੀਂ ਹੈ ਮੈਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਅਪਣੇ ਪੁੱਤਰ/ਪੁੱਤਰੀ/ਪਤਨੀ/ਪਤੀ ਤੇ
ਨਿਰਭਰ ਹਾਂ ਅਤੇ ਇਸ ਨਾਲ ਹੀ ਪੱਕੇ ਤੌਰ ਤੇ ਰਹਿ ਰਿਹਾ ਹਾਂ।
5. ਇਹ ਕਿ ਮੇਰਾ ਇਲਾਜ ਮੇਰੇ ਪੁੱਤਰ/ਪੁੱਤਰੀ/ਪਤਨੀ/ਪਤੀ ਨੇ ਕਰਵਾਇਆ ਹੈ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਤੇ ਹੋਏ ਖਰਚੇ ਦੀ
ਸਾਰੀ ਅਦਾਇਗੀ ਇਸ ਦੇ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ।
6. ਇਹ ਕਿ ਮੈਂ ਉਕਤ ਦਰਸਾਏ ਗਏ ਇਲਾਜ ਤੇ ਹੋਏ ਖਰਚੇ ਦਾ ਸਰਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਚੇਟਾਂ ਤੇ ਕਲੇਮ ਲੈਣ
ਲਈ ਤਿਆਰ ਹਾਂ।
7. ਇਹ ਕਿ ਮੈਂ ਇਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕੋਈ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਤੀ ਪੂਰਤੀ ਕਲੇਮ ਨਹੀਂ ਲਿਆ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ
ਕਲੇਮ ਕਰਾਂਗਾ ਅਤੇ ਨਾਂ ਹੀ ਇਹ ਕਲੇਮ ਕਿਸੇ ਇਸ਼ੋਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਤੋਂ ਲਿਆ ਹੈ।
8. ਇਹ ਕਿ ਮੈਂ ਕੋਈ ਵੀ ਇਨਕਮ ਟੈਕਸ ਅਦਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਮੇਰੀ ਸਾਰੇ ਵਸੀਲਿਆਂ ਤੇ ਆਮਦਨ
1000/- ਰੁਪਏ ਪ੍ਰਤੀ ਮਹੀਨਾ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ।
9. ਇਹ ਕਿ ਮੈਡੀਕਲ ਕਲੇਮ ਸਹੀ ਹੈ ਜੇਕਰ ਇਹ ਕਿਸੇ ਸਟੇਜ਼ ਤੇ ਜਾਅਲੀ ਜਾ ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਹੋਰ-ਫੇਰੀ
ਸਾਬਤ ਹੋਈ ਤਾਂ ਮੈਂ ਸਿਵਲ / ਵਿਭਾਗੀ/ਕਰੀਮੀਨਲ ਸਜ਼ਾ ਦਾ/ਦੀ ਭਾਗੀਦਾਰ ਹੋਵਾਂਗਾ/ਹੋਵਾਂਗੀ।

ਸਵੈ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਤਾ

ਤਸਦੀਕ:-

ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੇਰਾ ਉਕਤ ਘੋਸ਼ਣਾ ਸਵੈ ਸਹੀ ਵਾ ਦਰੁਸਤ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੁੱਝ ਵੀ
ਲੁਕਾਇਆ ਛੁਪਾਇਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ ਹੈ।

ਮਿਤੀ:.....



ਸਵੈ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਤਾ