

પરિશિષ્ટ-૨

અનુસુચિ-૧

(નિયમ ૧૦ હેઠળ)

(દરેક દર્દી દીઠ અલગ-અલગ ભરવું)

૧. સરકારી કર્મચારીનું નામ :
હોદ્દો :
પગાર :
૨. કચેરી / વિભાગનું નામ :
૩. તાત્કાલિક ફરજ ઉપર હોય તે સ્થળનું નામ :
૪. નિવાસ સ્થાનનું સરનામું :
૫. માંદગી સમયના સ્થળનું નામ :
૬. દર્દીનું નામ, ઉંમર અને કર્મચારી સાથેનો સંબંધ :
૭. જ્યાં સારવાર લીધી હોય તે દવાખાનું / હોસ્પિટલનું નામ :
અને વિગતો
(અ) સરકારી :
(બ) સરકાર માન્ય :
(ક) અન્ય :
૮. બહારના/અંદરના દર્દી તરીકે સારવાર લીધી હોય :
તેની વિગત
૯. તબીબી સારવાર પુરી પાડનાર તબીબી કે તબીબી :
અધિકારીએ આપવાના પ્રમાણપત્રનો નમુનો

પ્રમાણપત્ર

આથી હું પ્રમાણિત કરું છું કે શ્રી/શ્રીમતી/કુમારી..... ને
.....માં નોકરી કરતાં શ્રી ના
પુત્ર/પુત્રી/પત્ની/પતિ.....હોસ્પિટલ/દવાખાનું/મારા કન્સલ્ટીંગ રૂમ ખાતે
તા..... થી તા..... સુધીરોગ
માટે મારી સારવાર હેઠળ છે /હતા અને મે લખી આપેલી દવા દર્દીની હાલત સુધારવા/વધુ ગંભીર થતી
અટકાવવા માટે જરૂરી હતી, સામાન્ય રીતે સ્ટોકમાં રાખવામાં આવતી નથી/રાખવામાં આવે છે. એવી દવાઓ
હોસ્પિટલમાં સ્ટોકમાં નથી અને તેમાં જેના માટે એટલાજ અવસરો મહત્વ ધરાવતા શસ્ત્રો પદાર્થ પ્રાપ્ય
હોય એવી સ્વામીત્વ વાળી બનાવટો તેમજ પ્રાથમિક રીતે ખોરાક, ટોનિક, પ્રસાધન કે જંતુનાશક હોય એવી
બનાવટોમાં સમાવેશ થતો નથી. રોગ અનિચિત કે અસંચિત પ્રત્યક્ષ રીતે
થયેલ કે વધેલ ઉગ્ર બનેલ છે / નથી.

૧૦. વિગત :

| (ક) દવાનું નામ | ચુકવેલ રકમ રૂપિયા | મળવાપાત્ર રૂપિયા |
|----------------|-------------------|------------------|
| | | |

(ખ) તબીબી સારવાર દરમ્યાન હોસ્પિટલમાં થયેલ અન્ય ખર્ચની વિગત :

- દા.ત. (૧) ઓપરેશન
(૨) લેબોરેટરી ખર્ચ વિગેરે.
આઇટમ મુજબ દર્શાવવી.

(ગ) કુલ રકમ માટે દાવો કર્યો :

(ઘ) અમાન્ય દવાઓ તથા નહીં મળવાપાત્ર કુલ ખર્ચ :

(ચ) ચોખ્ખી મળવાપાત્ર કુલ રકમ :

અંકે શબ્દોમાં
સહી સહી
નામ

અધિકૃત ચિકિત્સકની

હોસ્પિટલ ખાતે કેસનો હવાલો ધરાવતા તબીબી

સહી અને સિકકો

અધિકારીની સહી અને નામ

સરકારી કર્મચારીનું કબુલાતનામું

(૧) આથી હું જાહેર કરું છું કે મારા જ્ઞાન અને ધારણા મુજબ આ અરજી પત્રકમાં દર્શાવેલ વિગતો સત્ય છે, અને માટે તબીબી સારવારનો ખર્ચ થયો છે તે વ્યક્તિ સંપૂર્ણપણે મારા આશ્રિત છે.

(૨) મેં તબીબી ભથ્થું સ્વીકારવાની વિકલ્પ આપેલ છે/નથી.

(૩) મેં મારા આશ્રિતને અનુસુચિમાં દર્શાવેલ સમય દરમ્યાન તબીબી આયુર્વેદિક દવાખાના / હોસ્પિટલમાં સારવાર લીધેલ છે/નથી.

સ્થળ :

તારીખ :

સરકારી કર્મચારીની સહી અને ઓફિસનું નામ

સંબંધિત જિલ્લા વિકાસ અધિકારીશ્રીનું પ્રમાણપત્ર

(.....સહી.....)

(.....જિલ્લા વિકાસ અધિકારીશ્રીનું નામ.....)

(.....જિલ્લો.....)