

# मोतीलाल नेहरू महाविद्यालय

## Motilal Nehru College

(दिल्ली विश्वविद्यालय)  
(Delhi University)

विश्वविद्यालय के कर्मचारियों और उनके परिवारों की चिकित्सा उपस्थिति और/या उपचार के संबंध में किए गए  
चिकित्सा व्यय की वापसी का दावा करने के लिए आवेदन-पत्र

APPLICATION FORM FOR CLAIMING REFUND OF MEDICAL EXPENSES INCURRED IN  
CONNECTION WITH MEDICAL ATTENDANCE AND/OR TREATMENT OF UNIVERSITY  
EMPLOYEES AND THEIR FAMILIES

नोट : प्रत्येक रोगी के लिए अलग प्रपत्र का प्रयोग करना होगा।  
N.B. SEPARATE FORM SHOULD BE USED FOR EACH PATIENT

- 
1. कर्मचारी का नाम एवं पद .....  
Name and designation of the employee: (in Block Letters) \_\_\_\_\_
- क. विवाहित हो या अविवाहित .....  
Whether Married or Unmarried: \_\_\_\_\_
- ख. यदि विवाहित है, तो वह स्थान जहां कर्मचारी की पत्नी/पति कार्यरत है (जहां लागू हो)  
(रोजगार के मामले में, प्रत्येक वित्तीय वर्ष में पहले बिल के समय पत्नी नियोक्ता/पति  
द्वारा विधिवत प्रतिहस्ताक्षरित संयुक्त घोषण प्रस्तुत की जा सकती है)  
If marked, the place where wife/husband of the employee is employed (where applicable) \_\_\_\_\_  
(in case employed, joint declaration duly countersigned by the wife employer/husband of the child may be  
furnished at the time of first bill in each financial year).
1. जहाँ कार्यरत है : मोतीलाल नेहरू महाविद्यालय, बेनितो हुआरेज़ मार्ग, नयी दिल्ली-110021  
Where Employed: MOTILAL NEHRU COLLEGE, BENITO JUAREZ MARG, NEW DELHI-110021
2. विश्वविद्यालय/महाविद्यालय के कर्मचारी का वेतन, और कोई अन्य परिलब्धियां, जो अलग से दर्शाई जानी  
चाहिएं :  
Pay of the University/College employee, and any other emoluments, which should be shown separately:
- मूल वेतन.....  
B.P. \_\_\_\_\_  
अन्य भत्ते .....  
Other Allowances: \_\_\_\_\_  
कुल .....  
Total : \_\_\_\_\_
- 
3. कर्तव्य का स्थान : मोतीलाल नेहरू महाविद्यालय प्रयोगशाला/पुस्तकालय/कार्यालय  
Place of Duty : MOTILAL NEHRU COLLEGE LAB/LIBRARY/OFFICE
-

4. वास्तविक आवासीय पता: .....  
.....  
Actual Residential Address \_\_\_\_\_

5. रोगी का नाम एवं महाविद्यालय कर्मचारी के साथ उसका संबंध .....  
.....  
Name of the patient and his/her relationship to the University/College employee:-  
.....

6. जिस स्थान पर रोगी बीमार पड़ा .....  
Place at which the patient fell ill.....

7. क्या डबल्यू.यू.एस. स्वास्थ्य केन्द्र की सदस्यता है या नहीं : .....  
Whether member of W.H.S Health Centre or not:.....

8. दावा की गई राशि का विवरण : .....  
Details of the amount claimed:.....

क. अस्पताल का नाम : .....  
Name of the hospital : .....  
डॉक्टर का नाम : .....  
Name of the Doctor:.....

ख. प्रयोगशाला परीक्षण शुल्क : .....  
Charges for pathological, radiological : .....

ग. अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां से परीक्षण कराये गए: .....  
.....  
Name of the hospital or laboratory where tests were undertaken:-----  
.....

घ. बाजार से खरीदी गई दवाओं की कीमत .....  
(दवाओं की सूची, कैश मेमो और आवश्यक प्रमाण पत्र संलग्न करें)  
Cost of medicines purchased from the market:.....

9. दावा की गई कुल राशि : रू0.....  
Total amount claimed Rs .....

10. संलग्नकों की सूची .....  
.....  
List of enclosures:  
.....

महाविद्यालय कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित घोषणा पत्र  
Declaration to be signed by the University/College employee

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन में दिया गया कथन मेरी जानकारी और विश्वासकेअनुसार  
I hereby declare that statement in this application are true to the best of my knowledge and belief  
सत्य है कि जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया था वह मेरे साथ रहता है और पूरी तरह से मुझ पर  
that the person for whom medical expenses were incurred is residing with me and wholly  
निर्भर है और उसकी आय सभी स्रोतों से 500/- रूपये प्रति माह से कम है। यह प्रमाणित किया जाता है कि  
dependent upon me and his/her income is less than Rs 500 p.m. from all sources.  
मेरे निवास से 2 किलोमीटर के दायरे में कोई सरकारी या सहकारी दवा की दुकान मौजूद नहीं है।  
This is to certify that there does not exist any government or Coperative drugs store within the  
radius of 2kms from my residence,

(पूर्व-रसीदी)  
महाविद्यालय कर्मचारी के हस्ताक्षर  
Signature of College employee

मोतीलाल नेहरू महाविद्यालय  
 Motilal Nehru College  
 (दिल्ली विश्वविद्यालय)  
 University of Delhi  
 (प्रमाण-पत्र 'ए')  
 (Certificate "A")

श्री/श्रीमती/कु० को दिया गया प्रमाण-पत्र.....

Certificate granted to Mr/Mrs/Miss .....

श्री की पत्नी/पुत्र/पुत्री.....

Wife/Son/Daughter of Mr .....

मोतीलाल नेहरू कॉलेज प्रयोगशाला/पुस्तकालय/ संकाय / कार्यालय में कार्यरत

employed in the Motilal Nehru College Lab/Library/Office/Faculty

क्र.सं. S.NO	दवा विक्रेता का नाम Name of chemist	कैश मेमो एवं तारीख Cash Memo & Date	कीमत Prices
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

कि रोगी ..... रोग से पीड़ित है/था और उसका ईलाज मेरे द्वारा किया  
 that the patient is/was suffering from ..... is/was under my treatment from .....  
 जा रहा है/था।

..... to .....