

चिकित्सीय उपचार संबंधी अग्रिम के लिए आवेदन
APPLICATION FOR ADVANCE FOR MEDICAL TREATMENT

1.	पूरा नाम (स्पष्ट अक्षरों में) Full Name (Block letters)	
2.	पदनाम व कार्यालय जहाँ कार्यरत हैं Designation and office in which working	
3.	मूल वेतन + एन पी ए + एस आई Basic pay + NPA + SI	
4.	स्थायी अथवा अस्थायी Whether permanent or temporary	
5.	रोगी का नाम तथा सरकारी कर्मचारी से संबंध Name of the patient and relationship with the Government servant	
6.	अस्वस्थता की प्रकृति / Nature of illness	
7.	चिकित्सा कैसे ली गई - अंतरंग रोगी (भर्ती होकर) के रूप में अथवा बाह्य रोगी के रूप में Whether treatment is received as In-patient or Out-patient	
8.	अस्पताल का नाम जहां रोगी इलाज लेता / लेती है और क्या यह अस्पताल मान्यता-प्राप्त है। Name of the Hospital in which patient is treated and whether it is a recognized one.	
9.	क्या मान्यता-प्राप्त अस्पताल के चिकित्सा अधिकारी या विशेषज्ञ से आवश्यक प्रमाण-पत्र प्राप्त करके संलग्न किया गया है । Whether necessary certificate from the Medical Officer or Specialist of the recognized hospital is enclosed.	
10.	उपचार की प्रत्याशित लागत, चिकित्सा अधिकारी / विशेषज्ञ द्वारा यथा-प्रमाणित । Anticipated cost of treatment as certified by the Medical Officer / Specialist .	
11.	अपेक्षित अग्रिम राशि Amount of advance required	
<p>मैं घोषित करता / करती हूँ कि उपरोक्त विवरण सही हैं । I declare that the particulars furnished above are correct.</p> <p>स्थान / Station: _____ दिनांक / Date : _____</p> <p style="text-align: right;">सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर Signature of the Government servant</p>		