

परिशिष्ट–6
परमावश्यकता प्रमाण –पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि

कार्यालय में नियोजित हैं, चिकित्सालय अंतरंग/बहिरंग में, मेरे परामर्श कक्ष में / मेरे उपचार में रहें/रही हैं और इस संबंध में मेरे द्वारा विहित निम्नलिखित औषधियां रोगी के स्वास्थ्य लाभ/रोगी की दशा में हो रही गम्भीर गिरावट को रोकने हेतु परमावश्यक है। ये औषधियां प्राइवेट रोगियों को देने के लिये में संग्रहित नहीं की जाती हैं और इसमें ऐसे प्रिपरेशन्स सम्मिलित नहीं हैं जिसके लिए समान गुण वाले चिकित्सकीय के सस्ते पदार्थ उपलब्ध हैं अथवा इसमें ऐसे प्रिपरेशन्स शामिल नहीं हैं जो मूलतः खाद्य पदार्थ, शृंगार प्रसाधन या निस्संक्रामक हैं।

क्र. सं.	बीजक संख्या और दिनांक	औषधियों का नाम	मूल्य

प्राधिकृत चिकित्सालय परिचारक के हस्ताक्षर एवं पद नाम

चिकित्सालय होने की दशा में प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर

2. प्रमाणित किया जाता है कि रोगीरोग से पीड़ित है/था/थी और दिनांकतक मेरे उपचार में है/था/थी। यह भी प्रमाणित किया जाता है कि उपयुक्त रोग रतिरोग (वैनरेल), सान्निपात (डिलेरियम) ट्रैमेंस के अन्तर्गत नहीं आता।
 3. रोगी को चिकित्सालय में रहने की आवश्यकता थी/नहीं थी/ यह मामला निश्चित रूप से लम्बे अर्से के उपचार का है/नहीं था/नहीं है।
 4. प्रमाणित किया जाता है कि उपचार पूरा हो चुका है / चल रहा है।
 5. प्रमाणित किया जाता है कि मेरे द्वारा विहित एलोपैथिक भेषज (इग्स), औषधियां, टीके, सीरम आदि राजस्थान सिविल सेवा (चिकित्सा परिचर्या) नियम के अधीन समय-समय पर सरकार द्वारा अधिसूचित प्रतिपूर्त्य एलोपैथिक भेषज (इग्स) औषध आदि की सूची के अनुसार हैं।
- चिकित्सालय / अस्पताल के रजिस्टर में दिनांक.....को क्रमांक..... पर दर्ज किया गया।

स्थान

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के हस्ताक्षर

दिनांक

चिकित्सालय होने की दशा में प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर

परिशिष्ठ 5

सरकारी कर्मचारी और उसके परिवार के सदस्यों की चिकित्सा परिचर्या तथा/अथवा उपचार संबंध में किये गये चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति के व्यय हेतु आवेदन का प्रपत्रा

सूचना :— प्रत्येक रोगी के लिये अलग—अलग प्रपत्रा का प्रयोग किया जाना चाहिए।

1. सरकारी कर्मचारी का नाम एवं पद —
तथा विभाग (स्पष्ट अक्षरों में)
2. वास्तविक निवास स्थान का पता —
3. वेतन —
4. रोगी के रोग ग्रसित होने का स्थान —
5. रोगी का नाम तथा सरकारी कर्मचारी से उसका संबंध^(यदि रोगी बालक/बालिका हो तो उसकी आयु भी लिखनी चाहिए)
6. नियम 3(2) (पण) (च) के अधीन सरकारी कर्मचारी से उसके निवास स्थान पर उपचार करने हेतु प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के द्वारा वसूल किये गये परामर्श शुल्क की राशि (चिकित्सक का नाम लिखिये तथा विहित प्रमाण—पत्रा संलग्न कीजिये)
7. सरकारी कर्मचारी के निवास स्थान पर इंजेक्शन लगाने हेतु कम्पाउन्डर/ नर्स को भुगतान किया गया शुल्क (विहित प्रमाण—पत्रा संलग्न किया जाए)
8. रोगी वाहन व्यय
9. बाजार से क्रय की गई औषधियों का विवरण मूल्य :-
10. नियमों के अधीन स्वीकार अन्य व्यय यदि कोई हो
11. दावे की कुल राशि
12. संलग्न—पत्रों की संख्या

घोषणा :— जिस पर सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर किये जायेंगे :—

मैं एतद्द्वारा घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन—पत्रों में किया गया विवरण जहां तक मेरी सर्वोच्च जानकारी और विश्वास है, सही है यह व्यक्ति जिसके लिये चिकित्सा व्यय किया गया है मुझ पर पूर्णतया आश्रित है। मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि मेरे द्वारा खरीदी गई इन औषधियों के लिये इसके पूर्व कोई दावा प्रस्तुत और आहरित नहीं किया गया है।

दिनांक

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर
एवं पद नाम तथा कार्यालय जिससे संबद्ध है।