



भारतीय सूचना प्रौद्योगिकी संस्थान, लखनऊ

INDIAN INSTITUTE OF INFORMATION TECHNOLOGY, LUCKNOW

An Institute of National Importance by Act of Parliament

चिकित्सीय प्रतिपूर्ति आवेदन (कर्मचारियों हेतु) MEDICAL CLAIM FORM (FOR EMPLOYEES ONLY)

दिनांक / Date: ___/___/___

सेवा में /To,

महोदय /Sir,

मैं प्रतिपूर्ति हेतु अपना दावा प्रस्तुत कर रहा हूँ जो ₹ / I am submitting herewith a claim of Rs.....

(शब्दों में /In words)

का है, जो कि मेरे द्वारा स्वयं पर/आश्रित पर किए गए चिकित्सकीय व्यय हैं। सभी दवाएं वास्तव में खरीदी गई हैं एवं मेरे द्वारा भुगतान किया गया है

/ on account of medical expenses incurred by me for self / dependent. All the medicines have actually been purchased and paid by me.

मैं प्रमाणित करता हूँ / I CERTIFY THAT:

1) मैं एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ कि आवेदन में दिए गए विवरण मेरे संज्ञान में सही हैं तथा वह व्यक्ति जिसके लिए चिकित्सीय व्यय किए गए, वह मेरे पर पूर्णतः आश्रित है (जैसा कि मेरी सेवा पंजिका में अंकित है) / I hereby declare that the statement in this application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me (as declared in my service records).

2) प्रमाणित है कि मेरे माता/पिता मुझपर पूर्णतः आश्रित हैं तथा मेरे साथ रह रहे हैं/मेरे परिवार के अन्य सदस्यों के साथ अन्य शहर/गांव में रह रहे हैं जो कि मेरे मुख्यालय (नियुक्त स्थल) से अलग है / Certified that my mother / father is wholly dependent upon me and is residing with me, or with the rest of my family members in a station other than my Headquarter (duty point).

| क्रं सं Sl. No. | मरीज का नाम Name of the Patient | संस्थान के कर्मचारी के साथ मरीज का संबंध Relationship of Patient with IIT-L Employee | नकद पर्ची सं० एवं तारीख Cash memo no. & date | (बिलों को क्रमांकित कीजिए) (Pl. number the Bills) | बिल राशि (₹) Bill amount (₹) | मांगी गई राशि (₹) Claimed amount (₹) |
|---------------------------|---------------------------------------|--|---|--|------------------------------------|--|
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |
| 6. | | | | | | |
| 7. | | | | | | |
| 8. | | | | | | |
| 9. | | | | | | |
| कुल राशि ₹/ TOTAL CLAIM ₹ | | | | | | |

भवदीय / Yours faithfully,

स्वयं हेतु दावा / Claim of self : ₹ _____

आश्रित का दावा / Claim of Dependent : ₹. _____

हस्ताक्षर /Signature: _____

कुल मांग / Total Claim: ₹ _____

नाम /Name: _____

पद /Designation: _____