

**केन्द्रीय उच्च तिब्बती शिक्षण संस्थान**  
**Central Institute of Higher Tibetan Studies**

**बाहर उपचार हेतु प्रतिपूर्ति दावा प्रपत्र**  
**REIMBURSEMENT CLAIM FORM FOR OUTSTATION TREATMENT**  
**(कर्मचारी द्वारा भरा जाए)(To be filled in by the employee)**

मो.नं./Mob. No.-..... ई-मेल पता/E-mail ID.....

- 1-(अ) कर्मचारी का नाम/Name of the employee .....
- (ब) पदनाम व विभाग/Designation & Department .....
- (स) आवासीय पता/Residential Address .....

2-(अ) रोगी का नाम/Patient's Name .....

(ब) कर्मचारी के साथ संबंध/Relation with the employee .....

3- अस्पताल का नाम व स्थान जहां पर उपचार कराया गया/Name and place of Hospital where treatment was obtained

4- संस्थान के कर्मचारी को शहर के बाहर इलाज के लिए संस्थान की अनुमति संबंधी पत्र यदि हो तो/Reference letter of Institute permitting the Institute employee for outstation treatment if any :

पत्र संख्या/Letter No.: ..... दिनांक. ....

**(कृपया पत्र की एक प्रतिलिपि संलग्न करें/Please attach a photocopy of the letter)**

5- (अ) भर्ती रोगी उपचार/बाह्य उपचार/Whether Indoor/Outdoor Treatment .....

(ब) यदि भर्ती रोगी का उपचार हुआ तो क्या उपचार विशेष/निजी /सामान्य वार्ड में हुआ

If Indoor whether treatment was carried out in Special/Private/General Ward .....

6- बाहर के अस्पताल के उस चिकित्सक का नाम व पदनाम जिसकी देख रेख में उपचार हुआ

Name & Designation of the Doctor under whom treated at the outstation Hospital.....

7- उपचार के लिए दावे की राशि/Amount of claim for treatment :

(अ) अस्पताल का बिल/Hospital Bill ₹ .....

(ब) अन्य/Other ..... (अनुलग्नक संख्या/Enclosure No. ....)

दावे की कुल राशि/Total Amount of claim .....

(स) ली गयी अग्रिम राशि/Amount of advance taken ₹.....

ओ.बी. संख्या/O.B. No. .... दिनांक/Dated ..... यदि कोई हो/if any.

8- अनुलग्नकों/प्रमाणपत्रों की सूची/List of Enclosure/Certificate :

(i) अस्पताल के उपचारकर्ता चिकित्सक द्वारा हस्ताक्षरित अनिवार्यता प्रमाणपत्र

Essentiality Certificate signed the Hospital treating Physician

(बाहरी अस्पताल/Outstation Hospital) हाँ Yes/नहीं No (अनुलग्नक संख्या/Enclosure No. ....)

(ii) अस्पताल के उपचारकर्ता चिकित्सक द्वारा विधिवत हस्ताक्षरित समस्त नकद पर्ची

All the Cash Memos duly signed by the Hospital treating Physician

(बाहरी अस्पताल/Outstation Hospital) हाँ Yes/नहीं No (अनुलग्नक संख्या/Enclosure No. ....)

(iii) अस्पताल से छुट्टी का प्रमाणपत्र/Hospital Discharge Certificate –

हाँ Yes/नहीं No (अनुलग्नक संख्या/Enclosure No. ....)

(iv) निम्नलिखित को दर्शाने वाला विवरण (दो प्रतियों में) Statement (in duplicate) showing-

हाँ Yes/नहीं No (अनुलग्नक संख्या/Enclosure No. ....)

(अ) नकद पर्ची संख्या/Cash Memo No. ....

(आ) दिनांक/Date .....

(इ) फ़र्म का नाम/Firm's Name .....

(ई) राशि/Amount ₹.....

(उ) प्रत्येक दवाई/सामग्री (नकद पर्ची के अनुसार)/Name of each Medicine/Articles (as per Cash Memo)  
(स्पष्ट लिखित/टंकित)(Clearly written/typed)

(ऊ) ओपीडी/अनुवर्ती उपचार के मामलों में चिकित्सक द्वारा लिखी गई पर्ची की प्रति/Copy of Doctors prescription in case of  
O.P.D./Follow-up treatment – हाँ Yes/नहीं No (अनुलग्नक संख्या/Enclosure No. ....)

### कर्मचारी द्वारा घोषणा/DECLARATION BY THE EMPLOYEE

मैं निष्ठापूर्वक घोषणा करता हूँ कि/I Solemnly declare :

मेरे द्वारा दी गई उपरोक्त सूचनाएँ, जहाँ तक मेरी जानकारी और विश्वास है, सही हैं और यदि कोई सूचना गलत पायी जाती है तो इसके लिए मुझे व्यक्तिगत तौर पर जिम्मेदार ठहराया जाएगा। That the information furnished by me as indicated above is true and correct to the best of my knowledge and belief and if any information is found incorrect, I shall be held personally responsible.

दावे में संलग्न नकद पर्ची मूल/वास्तविक है तथा स्वयं/मेरे परिवार के सदस्य के उपचार से संबंधित है जो कि नियमानुसार ऐसे लाभ का पात्र है और वह पूर्णतया मुझ पर आश्रित है। That the Cash Memo included in the claim are Original/Genuine and pertain to the treatment of Self/my family member eligible for such benefit as per rules and he/she is wholly dependent on me.

इस अवधि के लिए उपचार हेतु दवाओं के खर्च से संबंधित कोई भी पूर्ण या आंशिक दावा मेरे या रोगी के द्वारा संस्थान या प्रतिपूर्ति के किसी भी स्रोत को प्रस्तुत नहीं किया गया है। That no claim either in full or in part pertaining to the medicine expenses on the treatment for this duration has been submitted earlier to the University or any other source for reimbursement, either by myself or the patient.

.....  
(कर्मचारी के हस्ताक्षर/Signature of the employee)

संकाय प्रमुख/विभागाध्यक्ष/प्रभारी/कार्यालयाध्यक्ष के हस्ताक्षर  
Signature of the Dean/Head of the Deptt./I/C / Office  
मुहर सहित/With seal

नाम Name .....

पदनाम Designation .....

विभाग Deptt. ....

दिनांक Date .....

### वित्त अनुभाग के प्रयोग हेतु/FOR USE BY ACCOUNT SECTION :

1. दावे की संपूर्ण राशि/Amount of total claim : ₹.....
2. राशि जो देय नहीं है/Amount not admissible : ₹.....
3. स्वीकृत दावा राशि/Claim admitted for : ₹.....
4. अग्रिम की कटौती, यदि कोई हो/Deduction of advance, if any : ₹.....
5. भुगतान के लिए पारित राशि/Passed for payment of : ₹.....

उप-कुलसचिव(लेखा)  
Dy. Registrar(A/c)  
के.उ.ति.शि.सं. /CIHTS

सहा. कुलसचिव(लेखा)  
Asst. Registrar(A/c)  
वित्त अनुभाग/Finance Section  
के.उ.ति.शि.सं. /CIHTS

अनुभाग अधिकारी  
Section Officer  
वित्त अनुभाग/Finance Section  
के.उ.ति.शि.सं. /CIHTS

जांचकर्ता/Checker  
वित्त अनुभाग/Finance Section  
के.उ.ति.शि.सं. /CIHTS

कुलसचिव/Registrar  
के.उ.ति.शि.सं. /CIHTS

कुलपति/V. C.  
के.उ.ति.शि.सं. /CIHTS