

ನಮೂನೆ - ಸಿ

**15(3)ನೇ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ನೋಡಿರಿ**

ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೆಚ್ಚದ ಮರುಪಾವತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಕೋರುವ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

- 1) ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ/ಳ ಹೆಸರು ಮತ್ತು  
ಹುದ್ದೆಯ ಹೆಸರು (ಸ್ವಲ್ಪ ಅಕ್ಷರಗಳಲ್ಲಿ)
  - 2) ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿರುವ ಕಛೇರಿಯ ಹೆಸರು
  - 3) ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿರುವ ಸ್ಥಳ
  - 4) ಸಂಬಳ
  - 5) ನಿವಾಸದ ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ
  
  - 6) ರೋಗಿಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರ-  
ನೊಂದಿಗೆ ಅವನ/ಳ ಸಂಬಂಧ
  - 7) ಟಿಪ್ಪಣಿ : ಮಕ್ಕಳು ರೋಗಿಗಳಾಗಿದ್ದ ಸಂದರ್ಭ  
ದಲ್ಲಿ ಅವರ ವಯಸ್ಸನ್ನು ಸಹ ತಿಳಿಸಬೇಕು ---
  - 8) ರೋಗಿ ಖಾಯಿಲೆ ಬಿದ್ದ ಸ್ಥಳದ ಹೆಸರು
  - 9) ಖಾಯಿಲೆಯ ಸ್ವರೂಪ ಮತ್ತು ಅವಧಿ
  - 10) ಕ್ಷೇಮು ಮಾಡಿದ ಮೊಬಲಗಿನ ವಿವರಗಳು ಹಿಂಬದಿಯಲ್ಲಿರುವಂತೆ
  - 11) ಕ್ಷೇಮು ಮಾಡಿದ ಒಟ್ಟು ಮೊಬಲಗು
  - 12) ಲಗತ್ತುಗಳ ಪಟ್ಟಿ ವೈದ್ಯರ ಸಲಹಾ ಚೀಟಿ ಮತ್ತು ಬಿಲ್ಲುಗಳು
-

**ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರು ಸಹಿ ಹಾಕಬೇಕಾದ ಘೋಷಣೆ**

- 1) ಈ ಅರ್ಜಿಯಲ್ಲಿ ನೀಡಿರುವ ಹೇಳಿಕೆಗಳು ನನಗೆ ತಿಳಿದಷ್ಟು ಮಟ್ಟಿಗೆ ಮತ್ತು ನಾನು ನಂಬಿರುವಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಸತ್ಯವಾದುದೆಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಯಾವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಂಬಂಧದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ವಹಿಸಲಾಗಿದೆಯೋ ಆ ವ್ಯಕ್ತಿಯು 1963ರ ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ (ವೈದ್ಯಕೀಯ ಉಪಚಾರ) ನಿಯಮಗಳಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿರುವಂತೆ ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಒಬ್ಬ ಸದಸ್ಯ/ಸೈ ನಾ/ಳಾಗಿದ್ದಾನೆ/ಳೆ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ನನ್ನನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾನೆ/ಳೆ.
- 2) ನನ್ನ ಪತ್ನಿ/ಪತಿ ಯಾವುದೇ ರಾಜ್ಯ/ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರದ ಅಥವಾ ಉದ್ಯಮದ ಅಥವಾ ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅಥವಾ ಭಾಗಶಃ ಹಣ ಪಡೆಯುವ ನಿಗಮದ ಉದ್ಯೋಗಿಯಲ್ಲವೆಂದು ಸಹ ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.
- 3) ನನ್ನ ಪತ್ನಿ/ಪತಿ ----- ನ ಉದ್ಯೋಗಿ ಮತ್ತು ಅಥವಾ ಮರು ಸಂದಾಯದ ಈ ಕ್ಷೇಮನ್ನು ನನ್ನ ಪತ್ನಿ/ಪತಿ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಮುಂದೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.
- 4) ನನ್ನ ತಂದೆ - ತಾಯಿಯವರು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ನನ್ನನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುವರೆಂದು ಹಾಗೂ ಅವರ ಮಾಸಿಕ ವರಮಾನವು ಪ್ರತಿ ತಿಂಗಳಿಗೆ 350-00 ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ಮೀರಿಲ್ಲವಾದ್ದರಿಂದ, ಅವರ ಬಗ್ಗೆ ನಾನು ಈ ಕ್ಷೇಮನ್ನು ಮಾಡಿರುವುದಾಗಿ ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.
- 5) ನನಗಾಗಿ/ ನನ್ನ \* ----- ಆದ ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರಾಗಿರುವ ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ -----ಸಂಬಂಧದಲ್ಲಿ ಖರೀದಿಸಿದ ಕನ್ನಡಕದ ಬಗ್ಗೆ ನಾನು 1/2/3 ನೇ ಬಾರಿಗೆ ಮರು ಸಂದಾಯವನ್ನು ಕ್ಷೇಮು ಮಾಡಿದ್ದೇನೆ ಎಂದು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

**ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ/ಳ ಸಹಿ**

ಟಿಪ್ಪಣಿ : ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ರೋಗಿಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿಯೂ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾದ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಬಳಸತಕ್ಕದ್ದು.

\* : ಇಲ್ಲಿ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟವರನ್ನು ಸೂಚಿಸಿ.

ನಮೂನೆ - ಬಿ

15 (1) ನೇ ನಿಯಮವನ್ನು ನೋಡಿರಿ

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ..... ಇಲಾಖೆಯಲ್ಲಿ .....ರ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ.....ಇವರ ತಂದೆ/ತಾಯಿ/ಪತ್ನಿ/ಪತಿ/ಮಗ/ಮಗಳು/ ಆದ ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ ..... ಇವರು.....ಖಾಯಿಲೆಗಾಗಿ#

ದಿನಾಂಕ.....ರಿಂದ

.....ರವರೆಗೆ .....ಇಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೊಠಡಿಯಲ್ಲಿ ನನ್ನಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದು, ಹಾಗೂ ರೋಗಿಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಸುಧಾರಿಸಲು/ ರೋಗಿಯ ಸ್ಥಿತಿ ತೀವ್ರವಾಗಿ ಕ್ಷೀಣಿಸುವುದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಈ ಮುಂದೆ ತಿಳಿಸಿರುವ ಔಷಧಿಗಳು ಅಗತ್ಯವಾಗಿರುವುದರಿಂದ, ನಾನು ಈ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಖಾಸಗಿ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಒದಗಿಸಲು ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಇವುಗಳ ದಾಸ್ತಾನು ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಇದು ಸಮಾನ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಮೌಲ್ಯವುಳ್ಳ ಮಾರಾಟ ಸ್ವಾಮ್ಯ ಪಡೆದ ಅಗ್ಗದ ಔಷಧಿಗಳನ್ನಾಗಲೀ ಅಥವಾ ಮೂಲಭೂತ ಆಹಾರ ಪ್ರಸಾಧನ ಅಥವಾ ಸೋಂಕುಗಳ ನಿವಾರಕಗಳ ತಯಾರಿಕೆಗಳನ್ನಾಗಲೀ ಒಳಗೊಂಡಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಬಿಡಿ ಅಕ್ಷರಗಳಲ್ಲಿ ಔಷಧಿಯ ಹೆಸರು

ಬೆಲೆ

ರೂ - ಪೈ

ದಿನಾಂಕ :

ಅಧಿಕೃತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಹಾಯಕರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಹುದ್ದೆ

ಸ್ಥಳ :

ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದು

ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಯ ಸಹಿ

(#ಪ್ರಸವದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಸಮದರ್ಭಾನುಸಾರ ಖಾಯಿಲೆ ಎಂಬ ಪದಕ್ಕೆ ಬದಲಾಗಿ ಗರ್ಭಿಣಿಯಾಗಿರುವ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಶಿಶುವಿನ ಜನನ ಎಂಬ ಪದಗಳನ್ನು ಪ್ರತಿಸ್ಥಾಪಿಸಬಹುದು)

ರೂಪಾಯಿಗಳು -----ಗಳಿಗಾಗಿ ಮೇಲು ರುಜು ಹಾಕಲಾಗಿದೆ.

(ರೂ -----)