



નગર પ્રાથમિક શિક્ષણ સમિતિ, અમદાવાદ



વૈદકીય સારવાર અંગે થયેલ ખર્ચ પરત મેળવવા અંગેનું અરજી ફોર્મ

પ્રતિ,
શાસનાધિકારી સાહેબ,
નગર પ્રાથમિક શિક્ષણ સમિતિ,
અમદાવાદ.

તારીખ :// ૨૦.....

સવિનય, જણાવવાનું કે હું અમદાવાદ નગર પ્રાથમિક શિક્ષણ સમિતિની શાળા નં. માં (હોદ્દો) તરીકે ફરજ બજાવું છું. મારો એમ્પ્લોઈ નં છે.

હું સને ૨૦..../૨૦.... ના નાણાકીય વર્ષ દરમ્યાન રીઈમ્બર્સમેન્ટ બિલ યોજનામાં જોડાયેલ છું / નથી, તથા મારા માસિક પગારમાં ઉચ્ચક રોકડ મેડિકલ એલાઉન્સ મેળવું છું / નથી.

મારી / મારા આશ્રિત શ્રી ની મ્યુનિ. હોસ્પિટલમાં ના રોગ માટે કરાવેલ વૈદકીય સારવાર અંગે ડોક્ટર શ્રી ના તારીખ થી તારીખ સુધીના પ્રિસ્ક્રીપ્શનો મુજબ બહારથી દવા (ગોળી) ઈન્જેક્શન ખરીદવા પડેલ છે. આ સાથે સામેલ તારીખ મુજબ અને દવાના કેસ મેમો ના અનુક્રમ નં થી નું રૂપિયા અંકે રૂપિયા પુરાનું ખર્ચ થયેલ છે. જેના બિલો તથા આર.એમ.ઓ./ સુપ્રિટેન્ડેન્ટશ્રી ના નામનું સર્ટિફિકેટ આ સાથે સામેલ છે તો મને થયેલ ખર્ચની રકમ પરત આપવા વિનંતી છે.

આચાર્યશ્રી ની ભલામણ:-

.....

કર્મચારીની સહી

મો.નં.

હોદ્દો

.....શાળા નં

(પાછળવાંચો)

-: બિડાણ :-

- (૧) હોસ્પિટલના આર.એમ.ઓ. નું સર્ટીફિકેટ.
- (૨) મેડિકલ ડેકલેરેશન ફોર્મ.
- (૩) મેડિકલ સારવાર પુસ્તિકાની નામાવલિ વાળા પાનાની તથા એન્ટ્રી કરેલ પાનાની ઝેરોક્ષ.
- (૪) રેશનકાર્ડની ઝેરોક્ષ (આશ્રિતની સારવાર હોય તો)
- (૫) જે માસના મેડિકલ બિલો હોય તે માસની પગાર સ્વીપની ઝેરોક્ષ.
- (૬) બિલોનો તારીજો.
- (૭) હોસ્પિટલનું પ્રિસ્ક્રીપ્શન + દવાના બિલો.

-: સુચનાઓ :-

- (૧) દરેક કર્મચારીને જણાવવામાં આવે છે કે પ્રિસ્ક્રીપ્શન અને દવાના બિલો કોરા કાગળ ઉપર ચોટાડયા બાદ આર.એમ.ઓ.શ્રીના સહી સિક્કા કરાવવાના રહેશે. આ સહી સિક્કા કરાવતી વખતે દવાના નામ ઉપર સહી સિક્કા ન થાય તેનું ખાસ ધ્યાન રાખવાનું રહેશે. જેથી બિલો તપાસતી વખતે દવાના નામ સ્પષ્ટ રીતે વંચાઈ શકાય.
- (૨) સારવાર કે દવા લીધા બાદ ૬ માસની અંદર દવાના બિલો રીઈમ્બર્સમેન્ટ માટે ઓફિસમાં રજૂ કરવાના રહેશે.
(૬ માસ ઉપરના બિલો રદ ગણાશે)
- (૩) મેડિકલ બીલ રજૂ કરતી વખતે મ્યુનિ. હોસ્પિટલ દ્વારા આપવામાં આવતી સારવાર પુસ્તિકા રૂબરૂમાં બતાવવાની રહેશે.