

भाकृअनुप - भारतीय तिलहन अनुसंधान संस्थान
ICAR - INDIAN INSTITUTE OF OILSEEDS RESEARCH

राजेंद्रनगर, हैदराबाद /Rajendernagar, Hyderabad-30

निर्देशित अस्पताल में (इन-पेशंट) भर्ती चिकित्सा प्राप्त करने हेतु अनुमति प्रदान करने का माँगपत्र
REQUISITION FOR GRANT OF PERMISSION FOR OBTAINING IN-PATIENT TREATMENT AT REFERRAL HOSPITALS.

1.	पूरा नाम स्पष्ट अक्षरों में NAME IN BLOCK LETTERS	
2.	पदनाम / DESIGNATION	
3.	मूल वेतन / BASIC PAY	
4.	अस्पताल का नाम जिसका निर्देश पत्र प्राप्त हुआ NAME OF THE HOSPITAL TO WHICH REFERRAL LETTER RECEIVED.	
5.	रोगी का नाम, रिश्ता तथा आयु RELATIONSHIP & NAME OF THE PATIENT & AGE.	
6.	क्या ए.एम.ए. से केस का निर्देशन प्राप्त हुआ है यदि हाँ तो उसे संलग्न करें /WHETHER THE CASE HAS BEEN REFERRED BY THE AMA.IF YES SAME MAY BE ENCLOSED.	

सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित घोषणा

Declaration to be signed by the Government servant

- मैं एतद द्वारा घोषित करता हूँ कि इस आवेदन में दी गई सभी जानकारी सही हैं तथा जिस व्यक्ति के लिए निर्देशन पत्र लिया गया है वह पूर्णतया मुझ पर आश्रित है।
I hereby declare that the statements in the application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom the Referral Letter is requested is wholly dependant upon me.
- यह प्रमाणित किया जाता है कि जिस व्यक्ति की चिकित्सा की जाएगी उसकी किसी भी स्रोत से कोई आय नहीं है। मेरे माता-पिता मुझ पर पूर्णतया आश्रित हैं। तथा उनकी आय सभी स्रोतों जिनमें पेंशन, पेंशन के समानांतर डी.सी.आर.जी. बनेफिट तथा पेंशन रिलिफ प्रति माह रू. 1500 से कम है।
It is certified that the person for whom the Medical treatment is obtained is not in receipt of any Income from any source. Further, my parents to whom the treatment is obtained are wholly dependent on me. And their income from all sources including Pension, Pension equivalent of DCRG benefit & exclusive of the relief on pension sanctioned is less than Rs.1500/- per month.
- मैं वचन देता हूँ कि चिकित्सा परिचर्या नियमों तथा सी जी एच एस के तहत जो खर्च देय नहीं होंगे वे मेरे आगामी वेतन बिल से वसूल किए जा सकते हैं।
Further, I hereby submit an undertaking to the effect that charges which are not covered by the Medical Attendance Rules & CGHS may please be recovered from my future salary bills.

दिनांक / Date:

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर /Signature of the Govt.servant

उपरोक्त कर्मचारी के अनुरोध पर रोगी की (इन-पेशंट) भर्ती चिकित्सा हेतु अनुमोदन के लिए वरिष्ठ प्रशासनिक अधिकारी कृपया देखें।
SAO may kindly see for approval before issue of letter for In-patient treatment as per the above request of the employee.