हिमाचल प्रदेश भवन एवं अन्य सन्निर्माण कामगार कल्याण बोर्ड
ठाकुर वाटिका, खलीनी, शिमला–2 (हि०प्र०)

प्ररूप–42
(नियम–280(1व 2) देखें)
चिकित्सा सहायता हेतु आवेदन

1. आवेदक (लाभार्थी) का नाम और पता तहसील, पंचायत तथा ब्लॉक सहित : .....
..... पिनकोड .....
पंचायत .....ब्लॉक.....

2. आवेदक की जन्म तिथि : D D M M Y Y Y Y

3. पंजीकरण संख्या और तिथि : संख्या..... D D M M Y Y Y Y

4. प्रथम किश्त देने की तारीख और बैंक का नाम व बैंक ब्रांच का पता : D D M M Y Y Y Y
.....

5. अन्तिम किश्त देने की तारीख और बैंक का नाम : D D M M Y Y Y Y
.....

6. आधार नम्बर :

7. आधार से जुड़ा खाता नम्बर :

8. आई.एफ.एस कोड

9. बैंक खाते से जुड़ा मोबाईल नम्बर :

10. खर्च की गई कुल रकम : .....

11. क्या आवेदन स्वंय के लिए है अथवा आश्रित के लिए है। : स्वयं / आश्रित : .....

12. यदि आश्रित तो, नाम व आवेदक से सम्बन्ध : नाम .....सम्बंध .....

13. क्या आवेदन संकटपूर्ण उपचार–क्रिटीकल केयर/गम्भीर बीमारी के लिए है। हाँ या नही, यदि हाँ तो बीमारी का नाम एवं उपचार का विवरण। : हाँ या नहीं (यदि हाँ तो विवरण) .....
.....

14. रोग/शल्य क्रिया के सम्बन्धी ब्यौरा : .....

15. रोग या शल्य के कारण निशक्तता, यदि कोई हो : .....

16. रोगी की सरकारी अथवा निजी अस्पताल में उपचार की अवधि (अस्पताल में प्रवेश और छुट्टी की तारीख) : D D M M Y Y Y Y से D D M M Y Y Y Y

17. पहले प्राप्त चिकित्सा सहायता, यदि कोई हो, का विवरण/ब्यौरा : .....
.....

उपरोक्त तथ्य मेरे ज्ञान और सूचना के अनुसार सही है।

तारीख :..... **(आवेदक के हस्ताक्षर)**

– कार्यालय प्रयोग हेतु –

श्रम अधिकारी के हस्ताक्षर व मोहर **दिनांक .....**	**मुबलिग रू.....रूपये ..... लाख .....हजार.....सौ)** **बोर्ड द्वारा स्वीकृत।** **हस्ताक्षर व मोहर**

सभी कॉलम भरने आवश्यक है अन्यथा फार्म स्वीकार नही किया जायेगा तथा फार्म में किसी भी तरह की कटिंग मान्य नही होगी।

1. आवेदक (लामार्थी) का नाम : .....

2. मरीज का नाम और लामार्थी से सम्बन्ध : .....

क्र.स.	दवाईयों के नाम	मूल्य (रू.)	बिल का विवरण

क्र.स.	लैब टेस्ट/एम्बुलेन्स/कन्सल्टेन्सी /इन्डोर रूम आदि (विवरण)	मूल्य (रू.)	बिल का विवरण

5. कुल रकम : .....

तारीख :..... (आवेदक के हस्ताक्षर)

चिकित्सा प्रमाण–पत्र
चिकित्सा अधिकारी से प्राप्त किया जाने वाला

मैं, डाक्टर .....यह प्रमाणित करता हूं कि श्रीमान/श्रीमति.....
.....बीमारी ..... से ग्रसित है और मेरे द्वारा उसका उपचार ..... से ..... अवधि तक किया गया तथा उपरोक्त दवाईयां /टेस्ट मेरे द्वारा निर्धारित किए गए। दावा सत्यापित मु० .....रू. के लिए सत्यापित किया जाता है।

.....

तारीख :..... डॉक्टर का नाम तथा मोहर

निर्देश : 1. दवाईयों तथा टेस्ट का विवरण अलग–अलग दर्ज करें।
2. मूल पर्जी (Prescription Slip) तथा डॉक्टर सत्यापित बिल संलग्न करें।
3. अस्पताल में भर्ती होने की तिथि अवश्य दें।