

भा कृ अनु प -राष्ट्रीय मांस अनुसंधान केंद्र
ICAR-NATIONAL RESEARCH CENTRE ON MEAT
चेंगिचेर्ला, हैदराबाद-500092 Chengicherla, Hyderabad-500092

निर्देशित अस्पतालों में इन-पेशेंट उपचार प्राप्त करने हेतु अनुमति प्रदान करने का मांगपत्र
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 और आयु Relationship & name of the patient & age	
6	क्या एएमए द्वारा मामले का निर्देश प्राप्त हुआ है, यदि हाँ तो उसे संलग्न Referred by the AME, if yes same may be enclosed	

सरकारी सेवक द्वारा हस्ताक्षरित घोषणापत्र

Declaration to be signed by the Government servant

• मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दी गई सभी जानकारी सही हैं तथा जिस व्यक्ति के लिए निर्देशन पत्र प्राप्त किया गया है वह पूरी तरह से मुझ पर निर्भर 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 dependent upon me.

• यह प्रमाणित किया जाता है कि जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा उपचार प्राप्त की जाएगी उसकी किसी भी स्रोत से कोई आय प्राप्त नहीं कर रहा है तथा उनकी आय सभी स्रोतों जिनमें पेंशन के समानांतर डीसीआरजी लाभ तथा पेंशन राहत प्रति माह रु.1500/- रुपये 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 DRCG benefit & exclusive of the relief on pension sanctioned is less than Rs.1500/- pm.

• मैं वचन देता हूँ की चिकित्सा परिचर्या नियमों और सीजीएचएस 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 (इनपेशेंट) भर्ती चिकित्सा हेतु अनुमोदन के लिए एसएओ कृपया देखें।
SAO may kindly see for approval before issue of letter for in-patient treatment as per the above request of the employee.