**પરિશિષ્ટ-૨**

(નિયમ ૧૫ (૧) હેઠળ)

(દરેક દર્દી દીઠ અલગ-અલગ ભરવું)

૧. સરકારી કર્મચારીનું પુરેપુરુ નામ:-

 હોદ્દો:

 પગાર:

૨. કચેરીનુ નામ તથા વિભાગનુ નામ:

૩. તત્કાલિન ફરજ ઉપર હોય તે સ્થળનુ નામ:

૪. નિવાસ સ્થાનનુ નામ:

૫. માંદગી સમયના સ્થળનુ નામ:

૬. દર્દીનુ નામ ઉંમર અને કર્મચારી સાથેનો સંબંધ:

૭. જ્યા સારવાર લીધી હોય તે દવાખાનુ/

 હોસ્પીટલનુ નામ અને વિગત:

 (અ) સરકારી

 (બ) સરકાર માન્ય / સરકારી સમકક્ષ

 (ક) અન્ય:

૮. બહારના/અંદરના દર્દી તરીકે સારવાર લીધી હોય તેની વિગત :

૯. તબીબી સારવાર પુરી પાડનાર તબીબી કે તબીબી અધિકારીએ

 આપવાના પ્રમાણપત્રો નમુનો:

 આથી હું પ્રમાણિત કરૂ છું કે શ્રી/શ્રીમતી/કુમારી/\*........................................................તે ............................................માં નોકરી કરતા શ્રી.....................................................................ના પુત્ર/પુત્રી/પતિ/પત્નિ\*.........................................................હોસ્પિટલ/દવાખાનુ/મારા કન્સલ્ટીંગ રૂમ\* ખાતે ...........................થી .........................સુધી ............................................રોગ માટે મારી સારવાર હેઠળ છે અને મેં લખી આપેલી દવા હાલત સુધારવા/વધું ગંભીર થતી અટકાવવા માટે જરૂરી હતી. સામાન્ય રીતે સ્ટોકમાં રાખવામાં આવતી નથી/સામાન્ય રીતે સ્ટોકમાં રાખવામાં આવે છે. એવી દવાઓ હોસ્પિટલમાં સ્ટોકમાં નથી અને તેમાં જેના માટે એટલા જ ઔષધીય મહત્વ ધરાવતા સસ્તો પદાર્થ પ્રાપ્ય હોય એવી સામ્યતાવાળી બનાવટો તેમજ પ્રાથમિક રીતે ખોરાક, ટોનીક પ્રસાધન કે જંતુનાશક હોય એવી બનાવટોનો સમાવેશ થતો નથી. રોગ.................................. અનિયમિત કે અસંયમી ટેવોથી પ્રત્યક્ષ રીતે થયેલ વધેલ / કે ઉગ્ર બનેલ છે /નથી.

10. વિગત ચુકવેલ રકમ રૂ. મળવાપાત્ર રકમ રૂ.

(ક) દવાનુ નામ

(ખ) તબીબી સારવાર દરમ્યાન હોસ્પિટલમાં થયેલ અન્ય ખર્ચની વિગત.

 દા.ત. ૧. ઓપરેશન

 ૨. લેબોરેટરી ખર્ચ

 ૩. રૂમ ચાર્જીસ................ વિગેરે

 આઇટમ મુજબ અલગ દર્શાવવી.

(ગ) કુલ રકમ માટે દાવો.

(ઘ) અમાન્ય દવાઓ તથા નહીં મળવાપાત્ર કુલ ખર્ચ :

(ચ) ચોખ્ખી મળવા પાત્ર કુલ રકમ :

અંકે : રૂ શબ્દોમાં : રૂપિયા

સહી :- સહી :-

નામ :- નામ :-

અધિકુત ચિકિત્સકની સહી અને સિક્કો. હોસ્પિટલ,ખાતે કેસનો હવાલો ધરાવતા તબીબી

 અધિકારીની સહી અને નામ

**સરકારી કર્મચારી, પેન્શનર કે તેના વાલી વારસનુ કબૂલાતનામું**

(૧) આથી હું જાહેર કરૂ છુ કે, મારી જાણ ધારણા મુજબ આ અરજી પત્રમાં દર્શાવેલ વિગતો સત્ય છે.અને

 જેનામાં તબીબી સારવારનો ખર્ચ થયો છે તે વ્યક્તિ સંપુર્ણપણે મારા આશ્રિત છે.

(૨) મેં તબીબી ભથ્થુ સ્વીકારવાનો વિકલ્પ આપેલ છે/નથી.

(3) મેં/મારા આશ્રિતને અનુસુચિમાં દર્શાવેલ સમય દરમિયાન તબીબી/આર્યુવેદીક દવાખાના/ હોસ્પિટલમાં

 પ્રસ્તુત રોગ માટે સારવાર લીધેલ છે./નથી.

 સ્થળ : સહી :

 તારીખ : નામ :

\*લાગુ પડતુ હોય તે રાખી અન્ય ચેકી નાખવું વિભાગ/કચેરી નામ