

किराए पर ली गई एम्बुलेंस के प्रभार की प्रतिपूर्ति का दावा करने के लिए आवेदन पत्र  
APPLICATION FOR CLAIMING REIMBURSEMENT OF AMBULANCE HIRE CHARGES

आयुर्विज्ञान प्रभाग, भापअ केंद्र, मुंबई MEDICAL DIVISION, BARC, MUMBAI

1. कर्मचारी/Employee
  - a) नाम/Name : \_\_\_\_\_
  - b) पदनाम/Designation : \_\_\_\_\_
  - c) सं.सं.सं./C.C. No. : \_\_\_\_\_
  - d) इकाई/प्रभाग/Unit/Division : \_\_\_\_\_
2. a) आवासीय पत्ता/Residential Address : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ लगभग दूरी / Apprx. Distance: \_\_\_\_\_ किमी/KM
- b) घटना स्थल जहां से एम्बुलेन्स ली गई : \_\_\_\_\_  
 Place of Incident from where Ambulance taken : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ लगभग दूरी / Apprx. Distance: \_\_\_\_\_ किमी/KM
- c) यदि "ए" और "बी" समान नहीं है तो कारण बताएं  
 Reason, if "a" and "b" are not same : \_\_\_\_\_
3. a) रोगी का नाम/Name of the Patient : \_\_\_\_\_
- b) कर्मचारी के साथ संबंध  
 Relationship with employee : \_\_\_\_\_
- c) सीएचएसएस संख्या/ CHSS No. : \_\_\_\_\_
- d) औषधालय का नाम एवं पत्ता Dispensary Name & Address : \_\_\_\_\_
4. क्या एम्बुलेन्स हेतु भापअ केंद्र, अस्पताल/औषधालय से संपर्क किया गया था: हाँ/नहीं  
 Whether BARC Hospital/Dispensary was contacted for ambulance : Yes/No. \_\_\_\_\_
5. रोगी को किस समय अस्पताल लाया गया  
 What time patient was brought to the Hospital : \_\_\_\_\_
6. अस्पताल का नाम पता जहाँ रोगी को स्थानांतरित किया गया : \_\_\_\_\_  
 Name of the Hospital with address where the Patient was shifted : \_\_\_\_\_
7. क्या रोगी को अस्पताल में उसी दिन भर्ती किया गया था?: हाँ/नहीं  
 Whether the patient was admitted in the Hospital on the same day: Yes/No. \_\_\_\_\_
8. किया गया खर्च (रसीद संलग्न) : \_\_\_\_\_  
 Expenditure incurred (enclose receipt) : \_\_\_\_\_
9. उपस्थित/उपचार करने वाले चिकित्सक का नाम  
 Name of the attending/treating Doctor: \_\_\_\_\_
10. विभाग/इकाई का नाम जहाँ से रोगी को रेफर किया गया है  
 Name of the Department/Unit from where the patient was initially referred. : \_\_\_\_\_

दिनांक/Date:

कर्मचारी/लाभार्थी का नाम एवं हस्ताक्षर  
Signature & Name of Employee/ Beneficiary

प्रति To,

चिकित्सा प्रभारी औषधालय/अस्पताल में विभागीय अध्यक्ष/M.O.I.C. Disp./H.O.D in Hospital

औषधालय/बीएआरसी अस्पताल के प्रयोग हेतु  
For use in Dispensary / BARC Hospital

1. उपस्थित/उपचार करने वाले चिकित्सक की संस्तुति/अभ्युक्ति  
Recommendation/Remarks of the attending / treating Doctor \_\_\_\_\_
2. भुगतान हेतु अनुमोदित राशि : हाँ/नहीं  
Amount approved for payment : Yes/No.
3. अस्वीकृत राशि/Amount disallowed : ₹ \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_
4. प्रमाणित किया जाता है कि रोगी को हृदय रोगी / साधारण एम्बुलेन्स द्वारा यात्रा करना आवश्यक था/ अनावश्यक था।  
Certified that it was essential/not essential for the patient to travel by Cardiac / Non-cardiac ambulance.
5. अभ्युक्ति /Remark \_\_\_\_\_

उपस्थित /उपचार करने वाले चिकित्सक के प्रतिहस्ताक्षर  
Counter signature of the Attending/Treating Doctor

नाम एवं हस्ताक्षर दिनांक सहित/Name & Signature with date  
चिकित्सा प्रभारी औषधालय/अस्पताल में विभागीय अध्यक्ष  
M.O.I.C. Disp./H.O.D in Hospital

अध्यक्ष, आयुर्विज्ञान प्रभाग  
Head, Medical Division\*\*

सक्षम प्रधिकारी के हस्ताक्षर जैसा लागू है \*\*  
Signature of competent authority as applicable

प्रति To,

सहा. लेखा अधिकारी (चिकित्सा) / AAO (Medical)

सीसी, भापअ केंद्र, ट्रोम्बे मुंबई - 85 / CC, BARC, Trombay, Mumbai - 85.