

अनुबन्ध (क )  
केवल बाह्य रोगी के रूप में

केवल बाह्य रोगी के रूप में

महानगर टेलीफोन निगम लि०  
कार्यालय मुख्य महाप्रबंधक टेलीफोन, नई दिल्ली

( यह प्रपत्र एक से अधिक रोगियों के मामले में भरा जाए )

प्रमाणित किया जाता है कि मेरे परिवार के निम्नलिखित सदस्यों ने उपचार करवाया है :-

क्र.सं.	रोगी का नाम	डा. का नाम	संबंध	रोग का नाम	उपचार की अवधि
1					
2					
3					
4					
5					
6					

क्र.सं.	रोगी का नाम	राशि (कुल)		राशि परीक्षण	कुल राशि	रोकड़ रसीद संख्याएं			
		परामर्श	कैशमीमो	राशि परीक्षण					
1									
2									
3									
4									
5									
6									

मेरा दावा निम्नलिखित कुल राशि के लिए है :

परामर्श (कुल) रु. ....

कैशमीमो (कुल) रु. ....

परीक्षण (जाँच) कुल रु. ....

कुल योग रु. ....

मैं प्रमाणित करता हूँ /करती हूँ कि दावा सत्य एवं सही है तथा मुझ पर आश्रित है।

मेरा मूल वेतन .....रु. है।

नाम .....

पदनाम तथा कर्मिक संख्या : .....

कार्यालय का पता .....

दूरभाष नं. ....

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर  
एवं कार्यालय जिससे संबंध है

दावे की जाँच की गई :-

अस्वीकार्य मदों को अस्वीकार करने के बाद इसे स्वीकार किया गया है :

कृपया श्री श्रीमती कुमारी \_\_\_\_\_ को \_\_\_\_\_  
रुपये: \_\_\_\_\_ रूपए मात्र का भुगतान करें।

नियन्त्रक प्राधिकारी

क्रमिक कुल योग \_\_\_\_\_ रूपए  
लेखाशीर्ष \_\_\_\_\_  
निधि उपलब्ध है।

भुगतान प्राप्त किया

हस्ताक्षर :

1. जो भाग अपेक्षित न हो उसे काट दें।
2. प्रत्येक वित्तीय वर्ष में पहला बिल जमा करवाने के समय उसके संलग्न किए जाने वाले दस्तावेजः
  - क) राशन कार्ड की अनुप्रमाणित छायाप्रति।
  - ख) मार्च माह की वेतन पर्ची की प्रतिलिपि।
  - ग) केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना कार्ड सौंपे जाने का प्रमाण पत्र।
  - घ) अनुबन्ध "ख" के अनुसार आश्रित प्रमाणपत्र।
  - ङ) पति /पत्नी के सेवायोजन अर्थात नौकरी करते हैं या नहीं, के विवरण का प्रमाणपत्र।

महानगर टेलीफोन निगम लिमिटेड

(भारत सरकार का उद्यम)

चिकित्सा कार्ड जारी करने के लिए प्रत्येक वर्ष कर्मचारियों द्वारा अपने आश्रितों की घोषणा हेतु प्रस्तुत करना।

(जो लागू न हो उसे काट दें)

**(अ) स्व घोषणा प्रमाण पत्र**

**इम्प्लॉई सं. - .....**

प्रमाणित किया जाता है कि मैं श्री /सुश्री /श्रीमती \_\_\_\_\_

स्टाफ सं. \_\_\_\_\_ पदनाम \_\_\_\_\_ (क्षेत्रीय महाप्रबंधक /मुख्यालय /दिल्ली / मुम्बई /निगम कार्यालय) \_\_\_\_\_ के कार्यालय में कार्यरत एमटीएनएल चिकित्सा नियम, 2001 (समय समय पर संशोधित) के अतिरिक्त अन्य किसी स्रोत से अपने / अपने परिवार के किसी अन्य सदस्य के लिए किसी भी प्रकार की चिकित्सा सुविधाएं अथवा वित्तीय भत्ते प्राप्त नहीं कर रही हूँ।

**(ब) पति /पत्नी के संबंध में घोषणा**

(i) प्रमाणित किया जाता है कि मेरे पति /पत्नी श्री /श्रीमती \_\_\_\_\_ सरकारी विभाग / पीएसयू / बैंक /निजी लिमिटेड कम्पनी /कॉरपोरेशन में काम करते हैं।

**अथवा**

(ii) प्रमाणित किया जाता है कि मेरे पति /पत्नी श्री /श्रीमती \_\_\_\_\_ स्वरोजगार / अपना व्यवसाय करते हैं /करती हैं तथा एक आय कर दाता हैं। उनका पैन नं. - \_\_\_\_\_ है।

**अथवा**

(iii) प्रमाणित किया जाता है कि मेरे पति /पत्नी श्री /श्रीमती \_\_\_\_\_ एक गृहणी है /बेरोजगार है तथा उनकी कोई अपनी आय नहीं है। वे पूरी तरह से मुझ पर आश्रित हैं।

**मेरे परिवार के सदस्यों और आश्रितों की सूची का विवरण निम्नलिखित है :-**

क्र. सं.	नाम	जन्मतिथि	संबंध	वैवाहिक स्थिति	आय (यदि कोई है) नियोजन स्थिति (जहाँ कार्यरत है)
1					
2					
3					
4					
5					
6					

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता हूँ कि, जहाँ तक मेरी जानकारी व विश्वास है, आवेदन पत्र में मेरे द्वारा दी गई सभी सूचनाएं सत्य एवं सही हैं। किसी भी सूचना के असत्य /गलत पाए जाने पर एमटीएनएल के नियमों के अनुसार मेरे विरुद्ध कार्यवाही की जा सकती है।

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

नाम \_\_\_\_\_

पदनाम \_\_\_\_\_

स्टाफ सं. /कर्मचारी सं. \_\_\_\_\_

\* पराश्रयता के उद्देश्य से माता-पिता/बच्चों /पति-पत्नी की सभी स्रोतों से प्राप्त जिसमें बैंक जमा पर ब्याज, प्रतिभूतियों, शेयरों तथा डिबेंचर, किसी भी योजना के अंदर पेंशन (सरकारी पेंशनरों द्वारा प्राप्त सहायता समेत) गृह सम्पत्ति, भूमि से प्राप्त किराया, वर्तमान नौकरी (पूर्णकालिक /अंशकालिक) तथा अन्य किसी आवर्ती प्रकार की आय को शामिल किया जाएगा।