



## दिल्ली विकास प्राधिकरण

### विशेष क्रॉनिक बीमारी / पोस्ट ऑपरेटिव दावा प्रस्तुत करने के लिए आवेदन पत्र

बैंक खाते में नाम \_\_\_\_\_ कार्यरत कर्मचारी / पेंशनर  
बैंक खाता संख्या तथा आई.एफ.एस. कोड \_\_\_\_\_ UID / PPO नंबर . \_\_\_\_\_

1. मेडिकल कार्ड नंबर \_\_\_\_\_  
2. कर्मचारी / पेंशनर / अनुभाग का नाम \_\_\_\_\_  
3. विशेष क्रॉनिक बीमारी का नाम  
या ऑपरेशन निर्दिष्ट करें (पोस्ट-ऑपरेटिव के लिए) \_\_\_\_\_  
4. अस्पताल का नाम \_\_\_\_\_

5. चिकित्सा की अवधि का दावा:  
क) पिछला दावा \_\_\_\_\_ से \_\_\_\_\_ तक  
ख) यह दावा \_\_\_\_\_ से \_\_\_\_\_ तक

6. दावे की राशि \* \_\_\_\_\_

\*आवश्यक संलग्नक:

- चिकित्सक की पर्ची ।
- मूल नकद मेमो और सभी वाउचर का विवरण ।

#### प्रमाणपत्र / उपक्रम

1. मैं यह दावा करता हूँ कि दवाओं का उपयोग विशेष रूप से केवल ऊपर उल्लिखित विशेष बीमारी के इलाज के लिए किया जाता है (मधुमेह रोग के रूप में मधुमेह के साथ होने वाली बीमारी के मामले में)
2. मैं यह दावा करता हूँ कि दवाओं की मात्रा चिकित्सक की पर्ची के अनुसार है।
3. यह प्रमाणित है कि इस दावे से पहले खरीदी गई सभी दवाइयाँ पर्चे के अनुसार मेरे द्वारा ली गई हैं।
4. डॉक्टर का प्रमाण पत्र (अनिवार्यता प्रमाण पत्र) संलग्न है।
5. अगर बाद में विस्तृत जांच / ऑडिट में कोई भी अमान्यता पाई जाती है, तो मैं बिना किसी आपत्ति के डीडीए के पास धनराशि वापस कर दूंगा।
6. मेरे द्वारा लिए गए किसी भी तरह के अनुचित / झूठे चिकित्सा दावे की प्रतिपूर्ति के लिए, अनुशासनात्मक कार्रवाई सहित किसी भी कार्रवाई का सामना करने के लिए मैं उत्तरदायी हूँ।

कृपया, मेरे निम्नलिखित बैंक खाते के माध्यम से भुगतान करें

बैंक खाता संख्या \_\_\_\_\_

बैंक का नाम \_\_\_\_\_ आई.एफ.एस. कोड \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_

फ़ोन: \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_

