



सत्यमेव जयते

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान , बिलासपुर  
हिमाचल प्रदेश -१७४००१  
All India Institute of Medical Sciences, Bilaspur  
Himachal Pradesh-174037  
<https://aiimsbilaspur.edu.in>  
e-mail: - establishment.b3@aiimsbilaspur.edu.in  
01978-292575



**चिकित्सा दावों के लिए आवेदन पत्र**  
**APPLICATION FORM FOR MEDICAL CLAIMS**

सेवा में,

.....

.....

महोदय,

कृपया ₹ \_\_\_\_\_ के चिकित्सा बिल की प्रतिपूर्ति करने की व्यवस्था करें जो  
\_\_\_\_\_ द्वारा निर्धारित किया गया था। राशि मेरे बैंक खाते में जमा की जा सकती  
है।

To

.....

.....

Sir,

Kindly arrange to reimburse medical bills of ₹ \_\_\_\_\_ which was prescribed  
by the \_\_\_\_\_. The amount may be credited to my bank account.

कर्मचारी का नाम Name of the Employee	
कर्मचारी कोड Employee Code	
पदनाम Designation	
कार्यग्रहण की तिथि Date of Joining	
विभाग Department	
मोबाईल नं Mobile No.	

अनिर्वयता प्रमाणपत्र Essentiality Certificate	
सरकारी विशेषज्ञ द्वारा निर्दिष्ट करने की प्रति (एम्स-बिलासपुर के बाहर इलाज करने पर लागू) Copy of referral by Govt. Specialist (Applicable in case treatment taken outside AIIMS, Bilaspur)	
छुट्टी के सारांश की प्रति Copy of Discharge Summary	

**ध्यान दें:**

**Note:**

1. दावा प्रतिपूर्ति फॉर्म के साथ कर्मचारी आई-डी कार्ड और रोगी के एफ.ओ.सी. कार्ड की प्रतियां संलग्न करना अनिवार्य है।  
Copies of employee ID-card and FOC card of patient is mandatory to attach along with claim reimbursement form.
2. कृपया प्रत्येक पृष्ठ पर पृष्ठ संख्या अंकित करें और सभी चालान बिल स्व-प्रमाणित होने चाहिए।  
Please mark page number on each page and all invoice bills should be self-certified.

दिनांक  
Date

एम्स कर्मचारी के हस्ताक्षर  
Signature of AIIMS Employee

**चिकित्सा दावों के लिए आवेदन पत्र**  
**APPLICATION FORM FOR MEDICAL CLAIMS**

एम्स, कर्मचारियों और उनके परिवारों के लिए चिकित्सा उपस्थिति और इलाज के संबंध में किए चिकित्सा खर्चों की वापसी का दावा करने के लिए आवेदन पत्र-अधिकृत चिकित्सा परिचर और अस्पताल दोनों से ली गई चिकित्सा उपस्थिति/इलाज के लिए।

Form of application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance and or treatment for AIIMS, Employees and their families- for medical attendance/ treatment taken both from the Authorized Medical Attendant and a Hospital.

1.	सरकारी कर्मचारी का नाम एवं पदनाम <b>(स्पष्ट अक्षरों में)</b> Name & designation of the Govt. Servant <b>(In Block Letters)</b>	
	विवाहित/अविवाहित Whether married or unmarried	
	यदि विवाहित हैं, तो वह स्थान जहाँ पत्नी/पति कार्यरत हैं If married, the place where wife/ husband is employed	
2.	जिस कार्यालय में कार्यरत हैं Office in which employed	
3.	Basic Pay/ Level of the post मूल वेतन/पद का स्तर	
4.	कार्य का स्थान Place of duty	
5.	वास्तविक आवासीय पता Actual residential address	
6.	रोगी का नाम तथा सरकारी कर्मचारी के साथ उसका संबंध Name of the patient and relation with the Government Servant	
7.	वह स्थान जहाँ रोगी बीमार पड़ा Place at which the patient fell ill	
8.	दावा की गई राशि का विवरण Details of amount claimed	
	चिकित्सा उपस्थिति Medical Attendance	
i)	परामर्श के लिए शुल्क Fee for consultation	

a)	जिस चिकित्सा अधिकारी से परामर्श लिया गया उसका नाम और पदनाम और वह अस्पताल या औषधालय जिससे संबद्ध है Name & designation of the Medical Officer consulted and the hospital or dispensary to which attached.	
b)	परामर्श की संख्या एवं तिथि तथा प्रत्येक परामर्श के लिए भुगतान किया गया शुल्क The number and dates of consultation and the fee paid for each consultation	
c)	इंजेक्शनों की संख्या एवं तिथि और प्रत्येक इंजेक्शन के लिए भुगतान किया गया शुल्क Number and dates of injections and the fee paid for each injection	
d)	क्या परामर्श और/या इंजेक्शन अस्पताल में, एमओ के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास पर दिए गए थे Whether consultations and/ or the injections were had at the hospital, at the consulting room of the MO or at the residence of the patient.	
ii)	निदान के दौरान लिए जाने वाले पैथोलॉजिकल, बैक्टीरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल या अन्य समान परिक्षणों के लिए शुल्क: Charges for pathological, bacteriological, radiological or other similar tests under taken during diagnosis	
a)	अस्पताल/प्रयोगशाला का नाम जहां निदान किया गया Name of the Hospital/ Laboratory where tests were Undertaken	
b)	क्या परिक्षण ए.एम.ए. की सलाह पर किए गए हैं? यदि हां, तो प्रमाण पत्र संलग्न करें Whether tests are undertaken on the advice of the AMA, if yes, certificate be attached	
iii)	बाज़ार से खरीदी गई दवाओं की लागत (नकद-पर्ची और अनिवार्यता प्रमाण पत्र संलग्न करें) Cost of medicines purchased from the market (Attach cash memos and essentiality certificate)	
II	अस्पताल में इलाज	

	Hospital Treatment	
	अस्पताल का नाम Name of the Hospital	
i)	आवास शुल्क Accommodation charges	
ii)	आहार शुल्क Diet charges	
iii)	सर्जिकल ऑपरेशन या चिकित्सा उपचार या एकान्तवास Surgical Operation or medical treatment or confinement	
iv)	निदान के दौरान पैथोलॉजिकल, बैक्टीरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल या अन्य किए गए समान परिक्षण Pathological, bacteriological, radiological or other similar tests under taken during diagnosis	
a)	अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहाँ निदान कार्य किया गया Name of the Hospital or laboratory where tests were Undertaken	
b)	क्या एमओ की सलाह पर किए गए Whether undertaken at the advice of MO	
c)	विशेष औशधियाँ Special medicines	
vii)	सामान्य नर्सिंग Ordinary Nursing	
viii)	विशेष नर्सिंग-अर्थात नर्स जो विशेष रूप से रोगी के लिए लगी हुई हो Special Nursing, i.e., Nurses, specially engaged for the patient.	
ix)	एम्बुलेंस शुल्क Ambulance charges	
III	विशेषज्ञ के साथ परामर्श-ए.एम.ए. के अलावा किसी विशेषज्ञ या एम.ओ. को भुगतान किया गया शुल्क Consultation with Specialist- Fee paid to a Specialist or a MO other than AMA	

a)	जिस विशेषज्ञ या एम.ओ. से परामर्श लिया गया उसका नाम और पदनाम और वह अस्पताल जिससे संबद्ध है Name & designation of the Specialist or MO consulted and the Hospital to which attached	
b)	परामर्शों की संख्या एवं तिथि और प्रत्येक परामर्श के लिए लिया जाने वाला शुल्क Number and dates of consultations and the fee charged for each consultation	
c)	क्या परामर्श अस्पताल में, एम.ओ. के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास स्थान पर दिया गया था? Whether consultations had at the hospital, at the consulting room of the MO or at the residence of the patient.	
d)	क्या ए.एम.ए. की सलाह पर विशेषज्ञ से परामर्श लिया गया? Whether the Specialist consulted at the advice of AMA	
11.	दावे की कुल राशि Total amount of claim	
12.	अग्रिम राशि ली गई Less advance taken	
13.	अनुलग्न की सूची List of enclosures	

**सरकारी सेवक द्वारा हस्ताक्षरित घोषणा-पत्र**

**Declaration to be signed by the Government Servant**

मैं यह घोषणा करता हूँ कि आवेदन में दिया गया विवरण मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य है और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूरी तरह से मुझ पर निर्भर है।

I hereby declare that the statement in the application is true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me.

दिनांक  
Date

कर्मचारी के हस्ताक्षर  
Signature of the Employee

अनिवार्यता प्रमाणपत्र  
प्रमाणपत्र "ए"

ESSENTIALITY CERTIFICATE  
CERTIFICATE 'A'

**(उन मरीजों के मामले में शामिल किया जाएगा जो इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती नहीं हैं)**  
**(To be included in the case of patients who are not admitted to hospital for treatment)**

श्री/श्रीमती/कुमारी \_\_\_\_\_ पुत्र/पुत्री/पत्नी/श्रीमती/श्री/कुमारी \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ कार्यरत \_\_\_\_\_ को प्रदान किया गया।

Certificate granted to Mrs./ Mr./Miss \_\_\_\_\_ wife/ son/ Daughter  
of Mr/ Mrs/Miss \_\_\_\_\_ employed in the \_\_\_\_\_.

**मैं, डॉ. \_\_\_\_\_ प्रमाणित करता हूँ :**

**I, Dr. \_\_\_\_\_ hereby certify:**

a) यह कि, मैंने अपने परामर्श कक्ष/रोगी के निवास पर \_\_\_\_\_ परामर्श के लिए  
₹ \_\_\_\_\_ का शुल्क लिया और प्राप्त किया।

That I charged and received ₹ \_\_\_\_\_ for consultation on \_\_\_\_\_ at my consulting  
room/ at the residence of the patient.

b) यह कि मैंने अपने परामर्श कक्ष/रोगी के निवास पर \_\_\_\_\_ को अंतःशिरा/अंतर-  
मस्कूलर/त्वचा के नीचे इंजेक्शन लगाने के लिए ₹ \_\_\_\_\_ का शुल्क लिया और प्राप्त किया।

That I CHARGED AND RECEIVED ₹ \_\_\_\_\_ for administering  
\_\_\_\_\_ intravenous/intra-muscular/ subcutaneous injections on \_\_\_\_\_ at  
my consulting room/ at the residence of the patient.

c) यह कि, दिए गए इंजेक्शन टीकाकरण या रोगनिरोधी उद्देश्यों के लिए थे/नहीं थे।

That the injections administered were not/ were for immunizing or prophylactic  
purposes.

d) यह कि, रोगी का \_\_\_\_\_ अस्पताल/मेरे परामर्श कक्ष में इलाज चल  
रहा है और इस संबंध में मेरे द्वारा बताई गई/नीचे दी गई दवाएँ, रोगी की स्थिति में गंभीर गिरावट को ठीक  
करने/रोकने के लिए आवश्यक थीं। निजी रोगियों को आपूर्ति के लिए दवाओं को  
\_\_\_\_\_ (अस्पताल का नाम) में भंडारित किया जाता है और इसमें ऐसे ऑपरेशन  
शामिल नहीं हैं जिनके लिए समान चिकित्सीय मूल्य के सस्ते पदार्थ उपलब्ध है, न कि तैयारी जो मुख्य रूप  
से भोजन, शौचालय और कीटाणुनाशक हैं।

That the patient has been under treatment at \_\_\_\_\_ hospital/ my consulting  
room and that the undermentioned medicines prescribed by me in this connection were

essential for the recovery/ prevention of serious deterioration in the conditions of the patient. The medicines are stocked in the \_\_\_\_\_ (name of the hospital) for supply to private patients and do not include operations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available not preparations which are primarily food, toilets and disinfectants.

क्र. स. SN	दवाइयों के नाम Name of medicines	मूल्य Price

e) यह कि, रोगी \_\_\_\_\_ से पीड़ित है और मेरे अधीन \_\_\_\_\_ से \_\_\_\_\_ तक इलाज चला है/था।

That the patient is suffering from \_\_\_\_\_ and is /was under my treatment from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_.

f) यह कि मरीज को प्रसवपूर्व या प्रसवोत्तर उपचार नहीं दिया जाता है।

That the patient is not given prenatal or post-natal treatment.

g) यह कि, एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि जिसके लिए ₹ \_\_\_\_\_ खर्च आया, मेरे कहने पर किया गया और आवश्यक था।

That x-ray laboratory test etc. for which an expenditure of ₹ \_\_\_\_\_ was incurred was necessary and were undertaken at my instance.

h) यह कि मैंने मरीज को विशेषज्ञ परामर्श के लिए डॉ. \_\_\_\_\_ के पास भेजा था और नियमों के तहत \_\_\_\_\_ (राज्य के मुख्य प्रशासनिक अधिकारी का नाम) के लिए आवश्यक अनुमोदन प्राप्त किया गया था।

That I referred the patient to Dr. \_\_\_\_\_ for Specialist consultation and that the necessary approval for the \_\_\_\_\_ (name of Chief Administrative Officer of the State) as required under rules was obtained.

दिनांक  
Date

कर्मचारी के हस्ताक्षर  
Signature of the Medical Officer



c) यह कि, दिए गए इजेक्शन टीकाकरण या रोग निरोधी उद्देश्यों के लिए नहीं थे/थे।

That the injections administered were not/ were for immunizing or prophylactic purposes.

d) यह कि, रोगी \_\_\_\_\_ से पीड़ित है और मेरे अधीन \_\_\_\_\_ से \_\_\_\_\_ तक इलाज चला है/था।

That the patient is suffering from \_\_\_\_\_ and is /was under my treatment from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_.

e) यह कि, मरीज को प्रसवपूर्व या प्रसवोत्तर अपचार नहीं दिया जाता है।

That the patient is not given prenatal or post-natal treatment.

f) यह कि, एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि जिसके लिए ₹ \_\_\_\_\_ खर्च आया, मेरे कहने पर किया गया और आवश्यक था।

That x-ray laboratory test etc. for which an expenditure of ₹ \_\_\_\_\_ was incurred was necessary and were undertaken at my instance.

g) यह कि, मैंने विशेषज्ञ परामर्श के लिए डॉ. \_\_\_\_\_ को बुलाया और नियमों के तहत अपेक्षित \_\_\_\_\_ (राज्य के मुख्य प्रशासनिक अधिकारी का नाम) की आवश्यक मजूरी प्राप्त कर की गई है।

That I called on Dr. \_\_\_\_\_ for specialist consultation and that the necessary approval of the \_\_\_\_\_ (name of Chief Administrative Officer of the State) as required under rules, was obtained.

**चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर**  
**Signature of the Medical Officer**

**भाग-ख**

**Part-B**

यह कि, मरीज का इलाज \_\_\_\_\_ अस्पताल में चल रहा है और जिसके लिए विशेष नर्सों की सेवा जिसके लिए ₹ \_\_\_\_\_ का खर्च आया है, बिल और रसीदें सलग्न के अनुसार, रोगी की स्थिति में गंभीर गिरावट की रोकथाम के लिए आवश्यक थे।

That the patient has been under treatment at \_\_\_\_\_ hospital and that the service of the special nurses for which an expenditure of ₹ \_\_\_\_\_ was incurred, vide bills and receipts attached, were essential for the recovery/ preventions of serious deterioration in the condition of the patient.

**चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर**  
**Signature of the Medical Officer**

**प्रतिहस्ताक्षरित**  
**Countersigned**

मैं प्रमाणित करता हूं कि भुगतान \_\_\_\_\_ अस्पताल में इलाज के तहत किया गया है और प्रदान की गई सुविधाएँ न्यूनतम थीं जो रोगी के इलाज के लिए आवश्यक थीं।

I certify that the payment has been under treatment at the \_\_\_\_\_ hospital and that the facilities provided were the minimum which were essential for the patient's treatment.

चिकित्सा अधीक्षक/Medical Superintendent  
अस्पताल/Hospital \_\_\_\_\_

**(कार्यालय उपयोग हेतु)**  
**(For office use)**

स्वीकृत एवं पारित ₹..... केवल।

Sanctioned & Passed for ₹ \_\_\_\_\_ (Rupees \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_) only.

**उप-निदेशक के हस्ताक्षर**  
**Signature of DDO**

**नियंत्रण अधिकारी के प्रतिहस्ताक्षर**  
**Countersignature of Controlling Officer**

**आश्रित घोषणा प्रमाण पत्र**  
**(अवकाश यात्रा रियायत और चिकित्सा सुविधा के लिए)**

**DEPENDANT DECLARATION CERTIFICATE**  
**(For Leave Travel Concession and Medical Facility)**

मैं \_\_\_\_\_ पदनाम \_\_\_\_\_ कर्मचारी कोड \_\_\_\_\_ घोषणा करता हूँ कि मेरे परिवार के सदस्य जो पूर्णतः मुझ पर निर्भर है, निम्नलिखित है:

I, \_\_\_\_\_, Designation \_\_\_\_\_, Employee Code \_\_\_\_\_ do hereby declare that the following are the members of my family who are wholly dependent on me.

जीवनसाथी, बच्चे, सौतेले बच्चे /Spouse, Children, Step-children: -

क्र. स. SN	नाम Name	संबंध Relationship	जन्म तिथि Date of Birth	बच्चों के मामले में (विवाहित/अविवाहित) In case of children (married/unmarried)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

मेरे साथ रहने वाले माता-पिता, सौतेली माँ, नाबालिग भाई-बहन/विधवा बेटियां/विधवा बहनें:-  
Father, Mother, step mother, Minor Brothers/ sisters/ widowed daughters/ widowed sisters residing with me: -

क्र. स. SN	नाम Name	नाम Relationship	नाबालिग भाई/बहन के मामले में आयु Age in case of minor brothers/Sisters	विवाहित स्थिति Marital Status	सभी स्त्रोतों से वार्षिक आय Annual Income from all sources	आवासीय पता Place of residence
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

**वचन पत्र**  
**Undertaking**

1. आश्रित होने का दावा करने वाले बच्चों की वजीफा और छात्रवृत्ति सहित सभी स्रोतों से प्रति माह ₹9000/- से अधिक आय नहीं है।  
That the children claimed to be dependent do not have income exceeding ₹9000/- per month all sources including stipend and scholarship.
2. मेरे माता-पिता/भाइयों/बहनों/विधवा बहनों/बेटियों और आश्रित होने का दावा करने वाली तलाकशुदा बेटियों/बहनों की आय सभी स्रोतों से ₹9000 प्रति माह से अधिक आय नहीं है।  
The income of my parents/ brothers/ sisters/ widowed sisters/ daughters and divorced daughters/ sisters claimed to be dependent do not exceed ₹9000/- per month from all sources.
3. यह कि पति/पत्नी और बच्चों के अलावा अन्य आश्रितों के लिए स्व-घोषणा संलग्न है।  
That the self-declaration for dependents other than spouse and children is enclosed.

तिथि /Date

हस्ताक्षर/ Signature  
नाम/ Name  
पदनाम/ Designation

**आश्रित की आय के लिए स्व-घोषणा पत्र**  
**SELF -DECLARATION FOR INCOME OF DEPENDENT**

मैं अधोहस्ताक्षरी \_\_\_\_\_ पुत्र \_\_\_\_\_ पदनाम \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ कर्मचारी कोड \_\_\_\_\_ पता \_\_\_\_\_ एतद्वारा  
घोषित करता हूं कि श्री/श्रीमान/ सुश्री \_\_\_\_\_ पुत्र/ पुत्री/ पत्नी  
\_\_\_\_\_ जो मेरा \_\_\_\_\_ (संबंध में) है, की आय सभी स्रोतों के ₹ \_\_\_\_\_  
है।

मैं \_\_\_\_\_ एतद्वारा सत्यनिष्ठा से घोषणा और सत्यापन  
करता हूं कि उपरोक्त घोषणा की सामग्री मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य है और इसमें कुछ  
भी महत्वपूर्ण छिपाया या दबाया नहीं गया है। झूठी घोषणा के मामले में मैं अपने खिलाफ अनुशासनात्मक कार्यवाई  
और इस घोषणा से प्राप्त लाभों की वसूली के लिए उत्तरदायी हूं।

I, the undersigned \_\_\_\_\_ s/o \_\_\_\_\_ designation  
\_\_\_\_\_ employee code \_\_\_\_\_ address \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ do hereby declare that income of MR./MRS./  
MISS \_\_\_\_\_ s/o, d/o, w/o \_\_\_\_\_ who is my \_\_\_\_\_ (in  
relation) is Rs. \_\_\_\_\_ (Rupees) \_\_\_\_\_ only) from all sources.

I \_\_\_\_\_ do hereby solemnly declare and verify that  
the contents of the above declaration are true to the best of my knowledge and belief, and  
nothing material has been concealed or suppressed therefrom. in case of false declaration, i am  
liable for disciplinary action against me and recovery of benefits i have gained from this  
declaration.

तिथि /Date

हस्ताक्षर /Signature  
नाम/ Name  
पदनाम/ Designation

चिकित्सा व्यय/अवकाश यात्रा रियायत/बच्चों की शिक्षा भत्ते की प्रतिपूर्ति का दावा करने के लिए संयुक्त घोषणा  
प्रपत्र

**(यदि पति और पत्नी दोनों सरकारी कर्मचारी हैं)**

JOINT DECLARATION FORM FOR CLAIMING REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES/ LEAVE  
TRAVEL CONCESSION/ CHILDREN EDUCATION ALLOWANCE  
**(IN CASE BOTH HUSBAND & WIFE ARE GOVT. EMPLOYEES)**

**पति द्वारा घोषणा**

**DECLARATION BY HUSBAND**

मैं \_\_\_\_\_ एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि मेरी पत्नी श्रीमती  
\_\_\_\_\_ भारत सरकार /राज्य सरकार / सार्वजनिक क्षेत्र का उपक्रम / स्वायत्त  
निकाय के तहत \_\_\_\_\_ विभाग में \_\_\_\_\_ के पद पर कार्यरत  
है। मैं आगे घोषणा करता हूँ कि मैं अपने और अपने परिवार के सदस्यों के लिए अपने कार्यालय से /अपने जीवनसाथी  
के कार्यालय से चिकित्सा सुविधाएँ, छुट्टी यात्रा रियायत, बच्चों की शिक्षा भत्ता आदि जैसे सभी लाभ उठाऊंगा जैसा  
कि नीचे बताया गया है:

I \_\_\_\_\_ hereby declare that my spouse,  
Mrs. \_\_\_\_\_ is working in the Department of \_\_\_\_\_  
as \_\_\_\_\_ under Government of India/ State Government/ Public Sector  
Undertaking/ Autonomous Body and posted at \_\_\_\_\_. I further declare that I will  
avail all the benefits such as medical facilities, Leave Travel concession, Children Education  
Allowance etc. from my office/ from the office of my spouse for myself and family members as  
mentioned below: -

क्र. स. S.N.	नाम Name	संबंध Relationship
1.		
2.		
3.		
4.		

तिथि /Date

हस्ताक्षर/Signature

नाम /Name

पदनाम/ Designation

**पत्नी द्वारा घोषणा**  
**DECLARATION BY WIFE**

मैं \_\_\_\_\_ एतद्वारा घोषणा करती हूँ कि मेरे पति श्री \_\_\_\_\_ भारत सरकार / राज्य-सरकार / सार्वजनिक क्षेत्र का उपक्रम / स्वायत्त निकाय के तहत \_\_\_\_\_ विभाग में \_\_\_\_\_ के पद पर कार्यरत है। मैं आगे घोषणा करती हूँ कि मैं अपने और अपने परिवार के सदस्यों के लिए अपने कार्यालय से / अपने जीवनसाथी के कार्यालय से चिकित्सा सुविधाएँ, छुट्टी यात्रा रियायत, बच्चों की शिक्षा भत्ता आदि जैसे सभी लाभ उठाऊंगी जैसा कि नीचे बताया गया है:

I \_\_\_\_\_ hereby declare that my spouse, Mr. \_\_\_\_\_ is working in the Department of \_\_\_\_\_ as \_\_\_\_\_ under Government of India/ State Government/ Public Sector Undertaking/ Autonomous Body and posted at \_\_\_\_\_. I further declare that I will avail all the benefits such as medical facilities, Leave Travel concession, Children Education Allowance etc. from my office/ from the office of my spouse for myself and family members as mentioned below: -

क्र. स. S.N.	नाम Name	संबंध Relationship
1.		
2.		
3.		
4.		

तिथि /Date

हस्ताक्षर/ Signature  
नाम/ Name  
पदनाम/ Designation