

प्रेषक,

डा० अशोक कुमार सिंह-चतुर्थ
ज़िला न्यायाधीश
अमरोहा।

सेवा में,

श्री अविनाश कुमार जयसवाल
उपनिबन्धक(एम)
माननीय उच्च न्यायालय
इलाहाबाद।

सन्दर्भ :- 18434 / IV-2475 / Admin-A-1 Sec. Dated: 17 Dec, 2019

पत्रांक 04/10 प्रशासन न्याय विभाग अमरोहा दिनांक 09.1.2020

विषय:- स्वयं के लिए कय किये गये चश्में में व्यय की गयी धनराशि की प्रतिपूर्ति पर आपत्ति
निवारण के सम्बन्ध में:-

महोदय,

सम्मान सहित अनुरोध है कि माननीय उच्च न्यायालय इलाहाबाद के पत्र संख्या
18434 / चतुर्थ -2475 / एडमिन-ए-प्रथम अनुभाग दिनांक 17 दिसम्बर 2019 में अंकित
आपत्तियों का निवारण निम्नवत् किया गया है:-

1- चिकित्सा शुरू होने के दिनांक 16.10.2019 से 21.10.2019 तक अंकन निर्धारित प्रारूप संख्या
परिशिष्ट 'ग' पर किया गया है।

2- माननीय उच्च न्यायालय के उपरोक्त संदर्भित पत्र के साथ संलग्न अनिवार्यता प्रमाण-पत्र
चिकित्सक के द्वारा हस्ताक्षर एवं अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक के द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित किया
गया है। तकनीकी परीक्षण के लिए अधिकृत अधिकारी के द्वारा प्रतिपूर्ति की देयता की रकम अंकों
एवं शब्दों में अंकित की गयी है।

अतः सम्मान सहित अनुरोध है कि माननीय उच्च न्यायालय इलाहाबाद के
संदर्भित पत्र के अनुपालन में उर्पयुक्त चिकित्सा प्रतिपूर्ति के दावे अंकित आपत्तियों के निवारण के
उपरान्त चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावे की स्वीकृति हेतु माननीय उच्च न्यायालय इलाहाबाद के समक्ष
आदेशार्थ रखने की कृपा करें।

सादर।

दिनांक

भवदीय

ज़िला न्यायाधीश
अमरोहा।

संलग्नक-मूल दावा एवं प्रपत्र।

9.1.20

APPENDIX VIII
Form of Certificates A and B

Certificate granted to Mrs./Mr./Miss..... Dr. Ashok Kumar Singh
wife/Son/Daughter of Mr. Shree Sitaran Singh
 employed in the Judicial Dept., V.P. as a Distt. Judge Amroha

CERTIFICATE A

(To be completed in the case of patients who are not admitted to hospital for treatment)

I Dr. T.P. Singh, Eye Surgeon, Distt. Combined Hospital Amroha hereby certify

- (a) that I charged and received Rs. for consultation on (dates to be given) at my consulting room at the residence of patient.
- (b) that I charged and received Rs. for administering intra-muscular-injections on sub-cutaneous at my consulting room at the residence of the patient.
- (c) that the injections administered were for immunising or prophylactic purposes. were not.

(d) that the patient has under treatment at hospital/ my consulting room and the undermentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/ prevention of serious, deterioration in the condition on the patient. The medicines are not stocked in the v. District Hospital, Amroha for supply to private patient..... (name of the hospital) and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparations which are primarily/foods, toilets or

NAME OF MEDICINES

	<u>PRICE</u>
1. Bill NO. 1255 dt. 21.10.15	22,200/-
2.	
3. of Himalya Optical Centre (P) Ltd.	
4. Sect. 12 rods.	
5.	
6. (Twenty Two Thousand & Two - hundred only)	<u>22,200</u>
7.	
8.	

(e) that the patient is/was suffering from Ophthalmic illness and is/was under my treatment from 16/10/15 to 21/10/15

(f) that the patient is/was not given prenatal or postnatal treatment.

[Signature]
Chief Medical Officer
Distt. Amroha

[Signature]
Eye Surgeon
Distt. Combined Hospital Amroha

(g) that the X-ray, laboratory test, etc. for which on expenditure of Rs.....was incurred were necessary and were undertaken on my advice at(Name of hospital or laboratory)

(h) that I referred the patient to Dr. for specialist consultation and that the necessary approval of the(Name of the Chief) as required under the rules (Administrative Medical Officer of State.)

(i) that the patient did not required hospitalisation.....required.

Dated...06/01/20

B. Singh
01/11/2020
Surgeon
Distt. Combined Hospital Amroha
Signature & Designation of the Medical Officer and hospital dispensary to which attached.

N.B. : Certificates not applicable should be struck off.
Certificates (a) is compulsory and must be filled my by the Medical officer in all cases.

COUNTERSIGNED

Ch
Deputy Superintendent / S.M.O. Store
Distt. Combined Hospital, Amroha
Medical Superintendent
Distt. Combined Hospital

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

Place : Amroha
Dated : 06/01/20

Ch
Deputy Superintendent / S.M.O. Store
Medical Superintendent
Distt. Combined Hospital, Amroha
Distt. Combined Hospital

Center Surgeon
15000 = 115
over
Chief Medical Officer
Distt. Amroha

परिशिष्ट 'ग'

सेवा में,

....महानिबंधक
माननीय उच्च न्यायालय
इलाहाबाद।

विषय— चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय की प्रतिपूर्ति।

महोदय,

मैं.....डा0 अशोक कुमार सिंह /मेरे पारिवारिक सदस्य.....x.....ने.....आंखों का उपचार.....के लिए.....^{16.10.2019}~~21.10.2019~~से.....21.10.2019.....तक... संयुक्त जिला चिकित्सालय अमरोहा.....में उपचार करवाया है।

मैं निम्नलिखित दस्तावेजों के साथ प्रतिपूर्ति के लिए दावा प्रस्तुत कर रहा हूँ—

1. उपचारी चिकित्सक/चिकित्सालय के अधीक्षक द्वारा हस्ताक्षरित/प्रतिहस्ताक्षरित अनिवार्यता प्रमाणपत्र।
2. उपचारी चिकित्सक द्वारा विधिवत् हस्ताक्षरित एवं सत्यापित मूल नकद पर्ची, बिल, वाउचर।
3. यह प्रमाणित किया जाता है कि ऊपर नामित पारिवारिक सदस्य मुझ पर पूर्णतया आश्रित है।

मेरे उपचारार्थ.....x.....के पत्र संख्या.....x.....दिनांक.....x.....द्वारा स्वीकृत.....x.....रूपये के अग्रिम का समयोजन करने के पश्चात् मेरे दावे की प्रतिपूर्ति के लिए यथा आवश्यक कार्यवाही करने की कृपा करें।

दिनांक

अधिकारी का नाम
पदनाम

डा0 अशोक कुमार सिंह
जिला न्यायाधीश अमरोहा।

प्रेषक,

मुख्य चिकित्सा अधिकारी,
अमरोहा।

सेवा में,

श्री सुरेश चन्द्र-I
अपर जिला न्यायाधीश
प्रमारी चिकित्सा प्रतिपूर्ति अधिकारी,
जिला न्यायालय अमरोहा।

पत्रांक :- मुचिअ/चि0व्यय प्र0पू/2019-20/20193

दिनांक :- 15/11/19

विषय :- चिकित्सा बिलों को प्रतिहस्ताक्षरित करने के सम्बन्ध में।

महोदय,

आपके द्वारा प्रेषित उपरोक्त अधिकारी/कर्मचारी डा० झरोक कुमार सिंह
जिला न्यायाधीश के चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति देय अंकन ₹ 22000/-
शब्दों में रुपये ₹ 22 हजार मात्र बाउचर व
अनिवार्यता प्रमाण पत्र आदि का परीक्षणोपरान्त प्रतिहस्ताक्षरित कर रुपये ₹ 15000/-
(₹ 15 हजार मात्र) के भुगतान हेतु
सभी अभिलेखों को मूलरूप से प्रत्यावर्तित किया जा रहा है।

संलग्नक :- यथोक्त।

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
अमरोहा
Chief Medical Officer
Distt.-Amroha

कार्यालय मुख्य चिकित्सा अधिकारी, अमरोहा

चिकित्सा प्रतिपूर्ति बिलों से सम्बन्धित अदेय/देय धनराशि का विवरण

1. रोगी का नाम—डा० अशोक कुमार सिंह, जिला न्यायाधीश

2. आयु :-55 वर्ष

3. विभाग/कार्यालय का नाम—कार्यालय जिला न्यायालय, जनपद अमरोहा।

क्र०सं०	बिल/संलग्न सं०	दिनांक	धनराशि	अदेय धनराशि	देय धनराशि
1	1299	21.10.2019	22200.00	7200.00	15000.00
Total			22200.00	7200.00	15000.00

भुगतान हेतु कुल अनुमोदित धनराशि :-रु० पन्द्रह हजार मात्र

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
अमरोहा।
Chief Medical Officer
Dist.-Amroha

सेवा में,

अपर ज़िला न्यायाधीश/
प्रभारी चिकित्सा प्रतिपूर्ति
ज़िला न्यायालय अमरोहा।

महोदय,

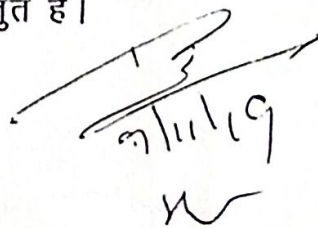
सम्मान सहित अनुरोध है कि डा० अशोक कुमार सिंह, जनपद न्यायाधीश महोदय के द्वारा स्वयं के ऑख की जॉच एवं चश्में का कय ज़िला संयुक्त चिकित्सालय अमरोहा में दिनांक 16.10.2019 को कराई गयी चिकित्सा का चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति दावा रू० 22,000-00 का चिकित्सा प्रतिपूर्ति का दावा निर्धारित प्रारूप संख्या परिशिष्ट 'ग' पर प्रस्तुत किया है।

मुख्य चिकित्साधिकारी अमरोहा को प्रेषित किया गया। जिस पर परीक्षणोपरान्त पत्रांक संख्या मुचिअ/चि०व्यय प्रपू०/2019-20 /20193 दिनांक 15.11.2019 के द्वारा 15,000-00 मात्र देय है। उक्त चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति की सभी औपचारिकताएं पूर्ण हैं तथा मुख्य चिकित्साधिकारी अमरोहा द्वारा परीक्षणोपरान्त की गयी संस्तुति के अनुसार रू० 15,000-00 मात्र स्वीकृत किये जानें की आख्या प्रस्तुत की गयी है।

माननीय उच्च न्यायालय इलाहाबाद के पत्रांक 515/चतुर्थ-3135 /एडमिन, ए-1 सेक्शन दिनांकित 11.01.2016 के अनुसार उक्त चश्मा के मद में भुगतान हेत प्रत्येक तीन वर्ष में एक बार रूपये 15,000-00 अधिकतम का भुगतान ही किया जा सकता है। प्रकरण में चिकित्सा प्रतिपूर्ति की समस्त औपचारिकताएं पूर्ण हो चुकी है।

उ०प्र० शासन चिकित्सा अनुभाग 6 के (चिकित्सा परिचर्या) (प्रथम संशोधन) नियमावली, 2014 के अनुसार रू० 2,00,000-00 तक चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति के दावे की धनराशि की स्वीकृति का अधिकार कार्यालयध्यक्ष को दिया गया है। चूकि प्रस्तुत चिकित्सा प्रतिपूर्ति का दावा ज़िला न्यायाधीश महोदय का स्वयं का है जिस पर माननीय उच्च न्यायालय इलाहाबाद का अनुमोदन लिया जाना आवश्यक है।

आख्या सादर प्रस्तुत है।



o. N 1299

Date: 21-10-19

Order No. 13745

A. A. K. SINGH

State :

himalaya

OPTICAL CENTRE (P) Ltd. Since 1938

SPECTACLES • SUNGLASSES • DIGITAL EYE TESTING • CONTACT LENS CLINIC

Shop No. G-10, JOP Plaza, Opp. McDonald's, Sector 18, Noida-201301

Phone : 0120-4284166, 4284177

Email : himalayaunitech@yahoo.in

GSTIN : 09AABCH1743F1ZU • PAN No. : AABCH1743F

Qnty.	DESCRIPTION OF GOODS	HSN CODE	GST RATE	NET TAXABLE VALUE	CGST		SGST		IGST		TOTAL AMOUNT
					Rate	AMOUNT	Rate	AMOUNT	Rate	AMOUNT	
	SPECTACLE LENS	9001	12%		6%		6%		12%		22200
1	SPECTACLES	9004	12%	19821	6%	1189.5	6%	1189.5	12%		
	SPECTACLE FRAME	9003	12%		6%		6%		12%		
	SUNGLASS	9004	18%		9%		9%		18%		
	CONTACT LENS SOLUTION / CLEANER	3402	18%		9%		9%		18%		
	CONTACT LENS	9001	12%		6%		6%		12%		
Total Amount											22200
Inclusive of Case & Lens Cleaning Cloth											22200

Verified 22200
 Dr. P. Singh
 Eye Surgeon

Thank You
 Dr. P. Singh
 Eye Surgeon
 Combined Hospital, Anand

CG CASH

Advance 9
 Balance 22200

For Himalaya Optical Centre (P) Ltd.

E.&O.E.
 1. Goods once sold cannot be exchanged or taken back on any account.
 2. All disputes subject to Delhi Jurisdiction only.
 3. No Guarantee for Plating or Coating of Metal frames and Scratches on Plastic Lenses.
 4. No responsibility for Breakage of Rimless Glasses after Delivery.
 Head Office : Himalaya Optical Centre (P) Ltd.
 89A Zamrudpur, Near N Block, GK-1, New Delhi-110048
 Ph.: 011-29233531, 29231816 E-mail : himalaya_ho@hotmail.com

SES Enterprises WZ-12, Shadi Khampur, New Delhi-110038

संयुक्त चिकित्सालय, अमरोहा

217174 वाह्य रोगी टिकट

दिनांक 18/10/19

रोगी का नाम 870 (Handwritten name) आयु 57 वर्ष लिंग M

पता (Handwritten address)

लक्षण तथा उपचार

दिनांक

Handwritten notes: 20/20, 20/20

Handwritten notes: Clodul B/G, dTI CLG mmm

Handwritten notes: -1.000 by 110, R10-200, R + 2.500 dph Nb

Handwritten notes: Acti use specul, Regular



पर्चा शुल्क 1/- रु०
मान्य 15 दिन तक

Handwritten notes: ~~1000000~~, 2 + 2.50 d ph Nb

Handwritten notes: Coln Fresh, 000, Mmm

17

Handwritten signature