



सत्यमेव जयते

कार्यालय महानिदेशक लेखापरीक्षा (गृह, शिक्षा एवं कौशल विकास)

Office of the Director General of Audit

(Home, Education and Skill Development)

इन्द्रप्रस्थ एस्टेट, नई दिल्ली-110 002

Indraprastha Estate, New Delhi-110 002

प्रशासन II

संख्या: प्रशा. II/6-5/प्रा.चि.परि.नि./2020-22/2769-2809

दिनांक: 28.02.2022

विषय: प्राधिकृत चिकित्सा परिचरों (Authorised Medical Attendants) का कार्यकाल पुनः एक वर्ष की अवधि के लिए बढ़ाने तथा नए प्राधिकृत चिकित्सा परिचर की नियुक्ति के संबंध में।

वर्ष 2021-22 के लिए नियुक्त किए सभी प्राधिकृत चिकित्सा परिचरों (Authorised Medical Attendants) के कार्यकाल की अवधि दिनांक 31.03.2022 को समाप्त हो रही है। इस संबंध में इस कार्यालय के केंद्र नियंत्रण के अधीन आने वाले सभी अधिकारियों/कर्मचारियों, जो सी.जी.एच.एस. की सुविधा प्राप्त नहीं कर रहे हैं तथा उनका क्षेत्र CGHS covered area में नहीं आता है, से अनुरोध है कि वह अपने क्षेत्र के लिए पहले से नियुक्त प्राधिकृत चिकित्सा परिचर का कार्यकाल वर्ष 2022-23 के लिए बढ़ाने हेतु अपने आवेदन प्राधिकृत चिकित्सा परिचर की सहमति व उनकी Undertaking सहित दिनांक 09.03.2022 तक प्रशासन II अनुभाग में अवश्य भिजवा दें। यदि कोई अधिकारी/कर्मचारी अपने क्षेत्र के लिए नए प्राधिकृत चिकित्सा परिचर की नियुक्ति के लिए आवेदन करना चाहता है तो उसे अपने आवेदन पत्र के साथ निर्धारित प्रपत्र में डॉक्टर का Verification Form (Annexure "C") उसका Declaration और Undertaking प्रस्तुत करने होंगे। नए AMA की नियुक्ति डॉक्टर की Police Verification एवं अन्य औपचारिकताएं पूरी करने के उपरांत ही की जाएगी।

संलग्नक: यथोवर्णित

व. लेखापरीक्षा अधिकारी (प्रशासन)

डाक सूची के अनुसार

I. कार्यालय: महानिदेशक लेखापरीक्षा (गृह, शिक्षा एवं कौशल विकास) नई दिल्ली			
1.	महानिदेशक लेखापरीक्षा (गृह, शिक्षा एवं कौशल विकास) का सचिवालय	17	ए.एम.जी.-II अनुभाग
2.	कार्मिक योजना अनुभाग	18	ए.एम.जी.-III अनुभाग
3.	प्रशासन I अनुभाग	19	विशेष कक्ष
4.	प्रशासन II अनुभाग	20	दूतावास लेखापरीक्षा अनुभाग
5.	स्थापना अनुभाग	21	कल्याण अनुभाग
6.	बिल अनुभाग	22	सूचना प्रणाली स्कंध
7.	प्रशिक्षण एवं परीक्षा अनुभाग	23	पुराना अभिलेख अनुभाग
8.	जी. डी. अनुभाग	24	राजभाषा अनुभाग
9.	रोकड़ अनुभाग	25	पुस्तकालय
10.	हिंदी रिपोर्ट कक्ष	26	प्राप्ति एवं प्रेक्षण अनुभाग
11.	गुणवत्ता आश्वासन अनुभाग	27	ए.सी.जी. अनुभाग
12.	वित्त लेखे अनुभाग	28	एफ.आर.बी.एम. अनुभाग
13.	रिपोर्ट रिसर्च अनुभाग	29	डाटा विश्लेषिकी समूह (DAW)*
14.	रिपोर्ट-I अनुभाग	30	समस्त सूचना पट्ट
15.	रिपोर्ट-II अनुभाग		
16.	ए.एम.जी.-I अनुभाग		

*डाटा विश्लेषिकी समूह को इस अनुरोध के साथ कि इस परिपत्र को कार्यालय की वेबसाइट पर अपलोड करें।

II. कार्यालय: प्रधान निदेशक लेखापरीक्षा (स्वास्थ्य, कल्याण एवं ग्रामीण विकास) नई दिल्ली			
1	प्रधान निदेशक लेखापरीक्षा (स्वास्थ्य, कल्याण एवं ग्रामीण विकास) का सचिवालय	3	ए.एम.जी.-I अनुभाग
2	प्रशासन अनुभाग	4	ए.एम.जी.-II अनुभाग
III. कार्यालय: महानिदेशक लेखापरीक्षा (केन्द्रीय प्राप्ति) नई दिल्ली			
1	महानिदेशक लेखापरीक्षा (केन्द्रीय प्राप्ति) का सचिवालय	6	रोकड़ अनुभाग
2	सीमा शुल्क राजस्व लेखापरीक्षा	7	क्षेत्रीय प्रशिक्षण संस्थान
3	केन्द्रीय जी.एस.टी. लेखापरीक्षा अनुभाग	8	प्रशासन अनुभाग
4	आयकर राजस्व लेखापरीक्षा अनुभाग	9	प्रमाणीकरण कक्ष
5	सामान्य स्थापना अनुभाग		
IV. कार्यालय: प्रधान महालेखाकार (लेखापरीक्षा) दिल्ली, नई दिल्ली			
1	प्रशासन अनुभाग	इस अनुरोध के साथ कि इस परिपत्र के तथ्यों से लेखापरीक्षा दल सहित कार्यालय के समस्त अधिकारियों/कर्मचारियों को अवगत करवाया जाए	
V. कार्यालय: प्रधान निदेशक लेखापरीक्षा (कृषि, खाद्य एवं जल संसाधन) नई दिल्ली			
1	प्रशासन अनुभाग	इस अनुरोध के साथ कि इस परिपत्र के तथ्यों से इस कार्यालय के कैंडर नियंत्रण में आने वाले अधिकारियों/कर्मचारियों को अवगत करवाया जाए	

नोट: उपरोक्त कॉलम "I", "II" व "III" में वर्णित अनुभागों/समूहों को इस अनुरोध के साथ कि इस परिपत्र को उनके अनुभाग/समूह में तैनात समस्त अधिकारियों/कर्मचारियों को परिचालित करें।

To

**The Director (Admn)
O/o the Director General of Audit (HE&SD),
I.P. Estate, New Delhi-110002.**

Sub: Extension of period of AMA from to 31-03-2023

With reference to your office letter No.Admn.II/6-5/AMA Appointment/2020-22/..... dated 28.02.2022 on the subject cite above, I am willing to continue as Authorised Medical Practitioner (AMA) for the next financial year i.e. 2022-23 for the employees of your office and members of their families residing in the circle of 16 kilometre of In this regard, I will abide by the provisions of CS (MA) Rules, 1944 and circulars/orders/amendments/rates issued/notified by the Govt./Health Departments etc from time to time.

Place:

Date:

Signature of the Registered
Medical Practitioner with Seal

UNDERTAKING

I,.....S/o.....resident of
.....

Taluka.....District.....do hereby solemnly
declare and affirm that I am not involved in any corrupt practice and no case has been
lodged against me at any local police station/CBI/CVC/any court etc.

Place:

Date:

Signature of the Registered
Medical Practitioner with Seal

123

ANNEXURE "C"
(to be filled by the concerned doctor in duplicates)

VERIFICATION FORM FOR APPOINTMENT OF AUTHORISED MEDICAL
ATTENDANT IN THE AREAS NOT COVERED BY CGHS

Warning:

The furnishing of false information or suppression of any factual information in the verification form would be a disqualification for appointment as AMA. If the fact that the false information has been furnished or that there has been suppression of any factual information in the verification form comes to notice at any time during the period of appointment of AMA, his services would be liable to be terminated.

Photograph
of the
candidate.

1.	Name in full (Block letters) (The name should be same as in his qualification degree).	
2.	Father/Husband's Name	
3.	Date of Birth	
4.	Nationality	
5.	Medical Qualification i.e. MBBS/MD (Photocopy of the certificate/marksheets should be annexed).	
6.	MCI registration number and place of registration (Photocopy of the certificate/mark sheets should be annexed).	
7.	Name of Medical College and the University from where medical degree (Bachelor) obtained.	
8.	Name of Medical College and the University from where medical degree (Master, if any) obtained.	
9.	Full Address of Clinic/Medical centre (i.e. Number, Lane/ Street/ Road Village, Thana, Post Office, District etc.)	
10.	Present Residential Address in full (including the name of Thana)	
11.	Permanent Residential Address in full (including the name of Thana)	
12.	Work experience, if any in Government Hospital.	

272

13.	Work experience, total (in brief).	
14.	Have you ever been arrested, prosecuted, or fined by a Court of Law. If yes, give full details.	Yes/No.

I certify that the foregoing information is correct and complete to the best of my knowledge and belief.

Date:
Place:

Signature of candidate
(With stamp)

(To be filled by Verifying Authority i.e. local police Department)

Certified that the verification in respect of Dr.....
Resident of

Whose clinic is situated at

has been carried out and nothing adverse has been noticed against him/her in our records.

Date:
Place:

Signature

Name & Stamp of verifying authority.