

**परिवार में लोप/जोड़ (अनुलिपि में)**  
**Deletion/Addition to Family (in Duplicate)**

1. पहचान-पत्र संख्या :  
(No. of Identity Card)
2. सरकारी सेवक का नाम :  
(Name of the Govt. Servant)
3. वेतन मान में वेतन एवं ग्रेड पे  
(Pay in the pay Band & Grade Pay):
4. कार्यालय/विभाग :  
(Office/Department)
5. नया जोड़/लोप :

क्रम सं. (Sl.No.)	नाम (Name)	जन्म तिथि (Date of Birth)	संबंध (Relationship)	रक्त ग्रुप Blood Group	पहचान-चिह्न (Identification Mark)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

(New Addition/Deletion)

6. सरकारी सेवक के हस्ताक्षर :  
(Signature of Govt. Servant)

7. प्राधिकारी के हस्ताक्षर एवं पदनाम :  
(Signature and Designation of Authority)

8. डिसपेंसरी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर :  
(Signature of Medical Officer I/C of the Dispensary)

दिनांक (Dated) :

टिप्पणी (Remarks) :

**डिसपेंसरी का स्थानांतरण**  
**(Transfer of Dispensary)**

1. पहचान-पत्र संख्या :  
(No.of Identity Card)
2. सरकारी सेवक का नाम :  
(Name of the Govt. Servant)
3. मंत्रालय/कार्यालय/विभाग जहाँ सेवायोजित :  
(Min./Office/Department in which employed)
3. वेतन मान में वेतन एवं ग्रेड पे  
(Pay in Pay Band & Grade Pay)
5. पूर्व आवासीय पता एवं डिसपेंसरी जहाँ से स्थानांतरित  
( Previous Residential Address & Dispensary :  
From which Transferred)
6. नया आवासीय पता एवं डिसपेंसरी  
(New Residential Address & Dispensary) :
7. सरकारी सेवक के हस्ताक्षर :  
(Signature of Govt. Servant)
8. निर्गम प्राधिकारी द्वारा आबंटित नया डिसपेंसरी  
( New Dispensary allotted by Issuing Authority) :
9. निर्गम प्राधिकारी के हस्ताक्षर एवं पदनाम :  
(Signature and Designation of the Issuing Authority)
10. जहाँ से स्थानांतरित हुए वहाँ के सीजीएचएस के प्रभारी सीएमओ के हस्ताक्षर  
(Signature of CMO i/c CGHS from which Transferred) :
11. जहाँ पर स्थानांतरित हुए वहाँ के प्रभारी सीएमओ के हस्ताक्षर  
(Signature of CMO i/c CGHS to which Transferred) :

## अग्रिम छुट्टी यात्रा रियायत के लिए आवेदन

### Application for L.T.C Advance

1. पदाधिकारी का नाम  
(Name of the official in Block Letters) :
2. (क) पदनाम एवं  
(ख) स्थायी/अस्थायी (यदि स्थायी नहीं हैं  
तो किसी स्थायी पदाधिकारी से प्रतिभूति  
बंधपत्र आवेदन के साथ अनुलग्न करें)  
(a) Designation and  
(b) Permanent or Temporary( If not permanent  
Security Bond from a Permanent Official to  
be enclosed with the application. :
3. संलग्न कार्यालय/अनुभाग का नाम  
(Office/Section to which employed)
4. मूल वेतन  
(Basic Pay) :
5. विभाग में नियुक्ति की तिथि  
(Date of Appointment in the Deptt.) :
6. सेवा पुस्तिका में घोषित गृह नगर  
(Place of Hometown as declared in the service book) :
7. पूर्व खंड वर्ष में लिए छु.या.रिया.के विवरण  
(Particulars of L.T.C. availed for previous Block Years):
8. अभी प्रस्तावित का खंड वर्ष  
(Block for which now proposed to avail) :
9. आक्समिक छुट्टी है या अर्जित छुट्टी  
(Whether avails CL or EL) :
10. पहले लिए हुए अग्रिम छु.या.रिया.निपटाया गया है  
या लंबित है  
(Whether L.T.C. Advance already taken has  
been settled Or pending settlement) :
11. परिदर्शन का स्थान(दूरस्थ बिंदु)  
(Place of visit (farthest point)) :
12. जाने की प्रस्तावित तिथि  
(Proposed date of onward journey) :
13. आने की प्रस्तावित तिथि  
(Proposed date of return journey) :
14. लाभ उठाने वाले पारिवारिक सदस्यों का विवरण  
(Particulars of family members availing the facility) :-

क्रम सं. (Sl.No.)	नाम (Name)	संबंध (Relationship)	आयु (Age)	क्या आश्रित है (Whether Dependent)

--	--	--	--	--

15. रेल यात्रा में ली जाने वाली प्रस्तावित आवास श्रेणी  
(Class of accommodation proposed to avail in the Rail Journey) :
16. अपेक्षित अग्रिम राशि  
(Amount of Advance required) :
17. कार्यालय जहाँ सरकारी कर्मचारी के पति/पत्नी सेवारत हैं  
(The office in which the spouse of the Govt. Servant is employed) :
18. यदि पति/पत्नी छु.या.रिया. का पात्र है या उसके नियोक्ता द्वारा इसी प्रकार का रियायत तो क्या उसके द्वारा घोषणा दिया गया है कि वह अपने कार्यालय से छु.या.रिया. का लाभ नहीं उठाएगा / उठाएगी.  
(If the spouse is eligible for L.T.C. or similar concession from his employer whether declaration has been given that he/she will not claim L.T.C. himself/herself and family, from his or her office.) :

दिनांक  
(Date):

आवेदक के हस्ताक्षर  
(Signature of the applicant)

नाम (Name): .....  
पदनाम (Designation): .....  
अनुभाग (Section) :.....

**संतान शिक्षा भत्ता/ आवास सहायिकी के लिए आवेदन पत्र**  
**Application form for Children Education Allowance/Hostel Subsidy.**

1. आवेदक का नाम (Name of the Applicant):.....
  2. पदनाम (Designation).....
  3. पति/पत्नी का नाम (Name of the Spouse)(if employed only, in Govt. Service with detailed service particulars. Joint Declaration and Employer's Certificate is required to be furnished.).....
- .....
4. प्रमाणित कि नीचे उल्लिखित बच्चा/बच्चे जिनके संदर्भ में संतान शिक्षा भत्ता/आवास सहायिका का दावा किया जा रहा है पूर्णतः मुझ पर आश्रित है। (Certified that the child/children in respect of whom Children Education Allowance/Hostel Subsidy is claimed is/are wholly dependent upon me.)

(i)

विद्यार्थी का नाम (Name of the Student) (in Block Letters)	कर्मचारी के साथ संबंध Relationship with the Employee.	पढ़ रहे स्कूल/कॉलेज का नाम Name of the School/College in which reading	कक्षा/वर्ष जिसमें पढ़ रहे हैं Class/Year in which reading
(a)			
(b)			

(डीओपीटी के कार्यालय ज्ञापन सं. 12011/03/2008-संस्था.(भत्ता) दिनांक 11.11.2008 के संदर्भ में बहु संतति के कारण उपयुक्त जन्म प्रमाण पत्र जमा कर बच्चों की संख्या बढ़ाई जा सकती है)

(No.of children may be increased due to multiple birth with proper birth certificate in terms of DOPT's Office Memorandum No.12011/03/2008-Estt.(Allowance) dated 11.11.2008)

(ii) प्रथम तिमाही, या द्वितीय तिमाही तृतीय तिमाही या चतुर्थ तिमाही या अर्धवार्षिक या वार्षिक में वर्ष..... के लिए स्कूल के वर्तमान सत्र में विभिन्न शीर्षों के तहत जमा फीस एवं खर्च राशि।

(Particulars of fees paid and amount expended in different heads in the current session of the school for the year..... for 1<sup>st</sup> quarter or 2<sup>nd</sup> quarter or 3<sup>rd</sup> quarter or 4<sup>th</sup> quarter or half yearly or yearly.)

क्रम सं. Sl.No.	खर्च विवरण Particulars of expenditure	खर्च राशि (रूपये में) Amount Expended (Rs.)	मूल रसीद की अनुलग्न संख्या Annexure Nos. of the originalreceipt (to be enclosed)
(a)			
(b)			
(c)			
(d)			
(e)			
(f)			
	दावित कुल राशि		

(iii) स्कूल के वर्तमान सत्र में इस आवेदन से पहले प्राप्त संतान शिक्षा भत्ता/आवास सहायिका रूपये.....

(Amount of Children Education Allowance/Hostel Subsidy already received during the current session of the school before this application is Rs. ....)

5. यह प्रमाणित किया जाता है कि

(i) पैरा-ii में उल्लिखित स्कूल फीस एवं बच्चा/बच्चे पर खर्च राशि मूल रसीद कुल..... सं. (इसके साथ संलग्न) वास्तव में मेरे द्वारा प्रदत्त किया गया है।

(the School fees and amount spent for the child/children as mentioned in para-ii above have actually been paid by me vide original receipts total.....Nos. enclosed herewith.)

(ii) जिस स्कूल में मेरा बेटा/बेटी पढ़ रहा है/रहे हैं (उपर्युक्त के साथ उल्लिखित)

..... बोर्ड/विश्वविद्यालय से संबद्ध है।

(the School in which my son/daughter is/are reading (as mentioned against each above) is affiliated to..... Board/University of education.

(iii) बेटा/बेटी नियमित रूप से स्कूल जा रहा है/रहे हैं (उपर्युक्त के साथ उल्लिखित) (my

son/daughter is/ are regularly going to school as mentioned against each above)

(iv) मेरा/ मेरी पति/पत्नी ने ऊपर उल्लिखित बच्चों के संदर्भ में संतान शिक्षा भत्ता का दावा न तो किया है और न करेगा/करेगी और न ही बाकी बच्चों के संदर्भ में किया है.

(my wife/husband has not claimed and will not claim the Children Education Allowance in respect of the children mentioned above or also not claim the allowance for the any other remaining son and daughter of mine.

(v) मैं या मेरा/मेरी पति/पत्नी किसी भी बच्चे के संदर्भ में आवास सहायिका का आहरण नहीं कर रहे हैं।

(I or my wife/husband is not drawing/receiving Hostel Subsidy in respect of my ay children.)

6. उपर्युक्त विवरण में किसी प्रकार का कोई बदलाव होने पर जिससे मेरी भत्ता के लिए पात्रता पर असर पड़ता है तो मैं उसे तत्काल प्रशासन को बताऊंगा साथ ही अधिक निधि को वापस लौटाऊंगा।

(In the event of any change in the particulars given above, which effect my eligibility for clai, of the Allowance.I undertake to intimate the same promptly to Administration and also agree to refund excess payments, if any.

दिनांक  
(Date):

कर्मचारी के हस्ताक्षर(Signature of the employee).....

कर्मचारी का नाम (Name of the employee ): .....

पदनाम (Designation): .....

अनुभाग (Section) :.....

**सक्षम प्राधिकारी से वित्तीय संस्वीकृति प्राप्त करने हेतु निर्धारित फार्मेट**  
**Prescribed format for obtaining financial sanction from the competent authority**

1.	प्रस्ताव ( Proposal)	
2.	लेखा शीर्ष (Head of Accounts)	
3.	बजट प्रावधान (Budget of Provision)	
4.	अब तक का व्यय (Expenditure till Date)	
5.	शेष(3-4) (Balance)(3-4)	
6.	वर्तमान प्रस्ताव का कुल खर्च (Total Cost of Present Proposal )	
7.	शेष(5-6) (Balance)(5-6)	
8.	नियम स्थिति- सक्षम प्राधिकारी (Rule Position- Competent Authority)	
9.	टिप्पणी Remarks	

डी.ए.  
D.A.

स.ले.अ./प्रशा II  
AAO/AdminII

व.ले.अ(प्रशा.)  
Sr.A.O.(A)

उपमहालेखाकार(प्रशा)  
DAG(A)

केंद्र सरकार चिकित्सा योजना  
CENTRAL GOVERNMENT HEALTH SCHEME

सी.जी.एच.एस लाभार्थियों के चिकित्सा दावों की प्रतिपूर्ति के लिए चिकित्सा 2004 फार्म  
MEDICAL 2004 FORM FOR REIMBURSEMENT OF MEDICAL CLAIMS OF CGHS BENEFICIARIES  
कम्प्यूटर सं  
Computer No.

(दावेदार द्वारा भरा जाए)  
(To be filled by the claimant)

1. सी.जी.एच.एस टोकन सं एवं जारी करने वाला स्थान  
CGHS Token No. and place of issue :
2. सी.जी.एच.एस टोकन कार्ड की विधिमान्यता एवं सतकार  
Validity of CGHS Token Card & Entitlement : \_\_\_\_\_ से \_\_\_\_\_ तक  
निजी/अर्ध निजी/सामान्य  
From \_\_\_\_\_ To \_\_\_\_\_  
Pvt. /Semi P v t/General
3. कार्ड धारक का पूरा नाम एवं पदनाम(ब्लॉक अक्षरों में) :  
Full Name and Designation of Card Holder (Block Letters)
4. पूरा पता :  
Full address \_\_\_\_\_
5. दूरभाष सं कार्यालय \_\_\_\_\_ निवास \_\_\_\_\_ :  
Telephone No Office \_\_\_\_\_ Residence \_\_\_\_\_
6. यदि कोई ई-मेल पता है \_\_\_\_\_ :  
E-Mail address if, any \_\_\_\_\_
7. बैंक का नाम \_\_\_\_\_ शाखा \_\_\_\_\_ :  
Name of the Bank \_\_\_\_\_ Branch \_\_\_\_\_  
एस.बी. लेखा सं \_\_\_\_\_ शाखा एम.आई.सी.आर कोड- \_\_\_\_\_ बैंक शाखा का टेलीफोन सं  
S.B. A/C No \_\_\_\_\_ Branch MICR Code \_\_\_\_\_ Tel. No. of Bank Branch \_\_\_\_\_
8. रोगी का कार्ड धारक के साथ संबंध \_\_\_\_\_ :  
Name of the patient & Relationship with the card holder \_\_\_\_\_
9. स्थिति में चिन्ह लगाएँ(सरकार कर्मचारी/सेवानिवृत्त/कार्यरत कर्मचारी या फिर किसी स्वायत्त संस्थान/संसद सदस्य/भूतपूर्व संसद सदस्य/भूतपूर्व राज्यपाल/ भूतपूर्व सर्वोच्च न्यायालय के न्यायाधीश/ भूतपूर्व स्वतंत्रता सेनानी/कानूनी वारिस /अन्य से सेवानिवृत्त)  
Status tick (✓) (Gov. Servant/Pensioner/Serving employee or pensioner of autonomous body/Member of Parliament/Ex-Governor/Former Judge of Supreme Court/Former Judge of High Court/Freedom Fighter/Legal Heir/Others).
10. मूल वेतन/मूल सेवानिवृत्त  
Basic pay/Basic Pension
11. अस्पताल का नाम पता सहित  
Name of the Hospital with address  
(क) ओ.पी.डी चिकित्सा एवं अनवेषणें  
(a) OPD Treatment and investigations  
(ख) भर्ती चिकित्सा  
(b) Indoor Treatment
12. भर्ती होने की तारीख \_\_\_\_\_ छुट्टी की तारीख \_\_\_\_\_  
Date of admission \_\_\_\_\_ Date of discharge \_\_\_\_\_  
(भर्ती चिकित्सा के संदर्भ में मात्र)  
(In case of Indoor Treatment only)
13. कुल दावा कि गयी राशि :  
(a) Total amount claimed  
(क) ओ.पी.डी चिकित्सा :  
(b) OPD Treatment :  
(ख) भर्ती चिकित्सा
14. अभिनिर्देशन का ब्यौरा :  
Details of Referral
15. यदि कोई चिकित्सा अग्रिम है ,तो उसका ब्यौरा :  
Details of Medical Advance if, any

घोषणा,

मैं यह घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त आवेदन का कथन सत्य है, एवं जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय लिया गया है, वह पूर्णतः मुझ पर आश्रित है। मैं सी.जी.एस.एच.एस का लाभार्थी हूँ एवं चिकित्सा के समय मेरा सी.जी.एच कार्ड वैध था। मैं नियमों के तहत प्रतिपूर्ति के लिए सहमत हूँ।



DECLARATION,

I hereby declare that the statements made in the application are true to the best of my Knowledge and belief and the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent on me. I am a CGHS beneficiary and the CGHS card was valid at the time of treatment. I agree for the reimbursement as is admissible under the rules.

दिनांक  
Dated:

सी जी एस कार्ड धारक का हस्ताक्षर  
Signature of CGHS card holder

**केंद्र सरकार चिकित्सा योजना**  
**CENTRAL GOVERNMENT HEALTH SCHEME**  
**चिकित्सा दावों की प्रतिपूर्ति के लिए संशोधित चेक सूची**  
**MODIFIED CHECK LIST FOR REIMBURSEMENT OF MEDICAL CLAIMS**

1. सी.जी.एच.एस टोकन सं एवं जारी करने वाला स्थान :  
CGHS Token No. and place of issue
2. सी.जी.एच.एस टोकन कार्ड की विधिमान्यता  
(सेवानिवृत्तों के लिए) एवं सतका : \_\_\_\_\_ से \_\_\_\_\_ तक  
Validity of CGHS Card (for pensioners) & Entitlement निजी/अर्ध निजी/सामान्य  
From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
Pvt./Semi Pvt./General.
3. कार्ड धारक का पूरा नाम एवं पदनाम(ब्लॉक अक्षरों में) :  
Full Name of Card Holder (Block Letters)
4. स्थिति(सरकारी कर्मचारी/सेवानिवृत्तों/अन्य) :  
Status (Govt. Servant /Pensioner/Other)
5. निम्नलिखित दस्तावेजों को प्रस्तुत करें ( कृपया सुसंगत खाना में (√)चिन्ह लगाए) :  
The following documents are submitted (please tick(√) the relevant column)
- (क) चिकित्सा फार्म 2004 : हाँ/ना  
(a) Medical 2004 Form Yes/No
- (ख) सी.जी.एस कार्ड का फोटोकॉपी : हाँ/ना  
(b) Photocopy of CGHS Card Yes/No
- (ग) असल बिलों की संख्या :  
© No.of Original Bills
- (घ) छुट्टी विवरण की प्रति : हाँ/ना  
(d) Copy of discharge summary Yes/No
- (ङ) विशेषज्ञ/सी.एम.ओ की संदर्भित प्रति : हाँ/ना  
(e) Copy of referral by specialist/C.M.O. Yes/No
- (च) क्या प्रयोगशाला अन्वेषणों के लिए अस्पताल : हाँ/ना  
ने कोई ब्यौरा दिया है। Yes/No  
(f) Whether the hospital has given breakup  
for lab investigations
- (छ) यदि असल कागजातें खो गई हैं तो निम्नलिखित दस्तावेजों को प्रस्तुत किया जाए।  
(g) In case of death of card holder the following documents are submitted:-
1. दावा किया गया दस्तावेजों की प्रतिलिपि : हाँ/ना  
Photocopies of claim papers Yes/No
2. दावेदार द्वारा स्टाम्ट कागज में हलफनामा : हाँ/ना  
Affidavition Stamp paper Yes/No
- (ज) मृत कार्ड धारक के संबंध में निम्नलिखित दस्तावेजों को प्रस्तुत किया जाए :  
(h) In case of death of card holder the following documents are submitted:
1. दावेदार द्वारा स्टाम्ट कागज में हलफनामा : हाँ/ना  
Affidavit on Stamp Paper by Claimant Yes/No
2. स्टाम्ट कागज में अन्य कानूनी वारीस द्वारा अनापत्ति प्रमाणपत्र : हाँ/ना  
No objection from other legal Heirs on Stamp papers Yes/No
3. मृत्यु प्रमाणपत्र की प्रति : हाँ/ना  
Copy of death certificate Yes/No

दिनांक \_\_\_\_\_  
Dated: \_\_\_\_\_

सी जी एस एस कार्ड धारक का हस्ताक्षर  
Signature of CGHS card holder

छुट्टी या छुट्टी विस्तार या परिणत छुट्टी के लिए चिकित्सा प्रमाण पत्र  
**MEDICAL CERTIFICATE FOR LEAVE OR EXTENSION OF LEAVE**  
**OR COMMUTED LEAVE**

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर .....

मैं, ..... मामले के सचेत वैयक्तिक परीक्षण करने के उपरान्त एतद द्वारा प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती/कुमारी ..... जिनका हस्ताक्षर उपर दिया गया है, ..... पीड़ा से ग्रस्त हैं तथा मेरे विचार से ..... से प्रभावी ..... अवधि की इ्यूटी से छुट्टी उनके स्वास्थ्य के आरोग्य के लिए अत्यंत आवश्यक है।

प्राधिकृत चिकित्सा सहायक  
..... अस्पताल/औषधालय  
या अन्य पंजीकृत चिकित्सक  
(सं.....)

दिनांक.....

Signature of the government Servant .....

I, ..... after careful personal examination of the case hereby certify that Sri/Smti./Kumari ..... whose signature is given above, is suffering from ..... and I consider that a period of absence from duty of ..... w.e.f..... is absolutely necessary for the restoration of his/her health.

Authorised Medical Attendant  
..... Hospital/ Dispensary  
Or other Registered Medical Practitioner  
(No.....)

Dated. ....

छुट्टी या छुट्टी विस्तार या परिणत छुट्टी के लिए चिकित्सा प्रमाण पत्र  
**MEDICAL CERTIFICATE FOR LEAVE OR EXTENSION OF LEAVE**  
**OR COMMUTED LEAVE**

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर .....

मैं, ..... मामले के  
I, ..... after careful personal

सचेत वैयक्तिक परीक्षण करने के उपरान्त एतद द्वारा प्रमाणित करता हूँ कि  
Examination of the case hereby certify that

श्री/श्रीमती/कुमारी ..... जिनका  
Sri/Smti./Kumari ..... whose  
हस्ताक्षर उपर दिया गया है, ..... पीड़ा से ग्रस्त हैं  
Signature is given above, is suffering from .....  
तथा मेरे विचार से ..... से प्रभावी ..... अवधि की  
and I consider that a period of absence from duty of .....  
इयूटी से छुट्टी उनके स्वास्थ्य के आरोग्य के लिए अत्यंत आवश्यक है।  
w.e.f. .... is absolutely necessary for the restoration of her health.

प्राधिकृत चिकित्सा सहायक  
..... अस्पताल/औषधालय  
या अन्य पंजीकृत चिकित्सक  
(सं.....)  
Authorised Medical Attendant  
..... Hospital/ Dispensary  
Or other Registered Medical Practitioner  
(No.....)

दिनांक .....

Date .....

छुट्टी या छुट्टी विस्तार या परिणत छुट्टी के लिए चिकित्सा प्रमाण पत्र  
**MEDICAL CERTIFICATE FOR LEAVE OR EXTENSION OF LEAVE**  
**OR COMMUTED LEAVE**

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर/ Signature of the government Servant  
.....

मैं / I, ..... मामले के  
सचेत वैयक्तिक परीक्षण करने के उपरान्त एतद द्वारा प्रमाणित करता हूँ कि/ after  
careful personal examination of the case hereby certify that  
श्री/श्रीमती/कुमारी/Sri/Smti./Kumari .....  
जिनका हस्ताक्षर उपर दिया गया है/whose Signature is given above, is suffering from  
..... पीड़ा से ग्रस्त तथा मेरे विचार से/and I  
consider that a period of absence from duty of ..... से प्रभावी  
..... अवधि की इयूटी से छुट्टी उनके स्वास्थ्य के आरोग्य के लिए  
अत्यंत आवश्यक है/ is absolutely necessary for restoration of his/her health।

प्राधिकृत चिकित्सा सहायक/ Authorised Medical Attendant  
..... अस्पताल/औषधालय ..... Hospital/  
Dispensary  
या अन्य पंजीकृत चिकित्सक/Or other Registered Medical Practitioner  
(सं/No.....)

दिनांक/dated .....

**इयूटी वापसी के लिए आरोग्य प्रमाण पत्र**  
**MEDICAL CERTIFICATE OF FITNESS TO RETURN TO DUTY**

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर/ Signature of the government Servant

.....

मैं,..... प्राधिकृत चिकित्सा  
सहायक/Authorised Medical Attendant/पंजीकृत चिकित्सक/Registered Medical  
Practitioner एतद द्वारा प्रमाणित करता हूँ कि/do hereby certify that मैंने/I have  
carefully examined श्री/श्रीमती/कुमारी/Sri/Srimati/Kumari  
..... जिनका हस्ताक्षर उपर दिया गया  
है/whose signature is given above, का सचेत परीक्षण किया है तथा यह पाया है कि  
वह अपनी बिमारी से स्वस्थ हो चुके/चुकी हैं/and find that he/she recovered from  
his/her illness और सरकारी सेवा में इयूटी आरंभ करने के लिए ठीक हैं/and is now fit  
to resume duties in Government Service। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि इस निर्णय  
पर आने से पहले मैंने मामले के मूल चिकित्सा प्रमाण पत्र (पत्रों) एवं विवरण (विवरणों)  
का परीक्षण किया है/I also certify that before arriving at this decision, I have  
examined the original medical certificate(s) and statement(s) जिसके आधार पर छुट्टी  
संस्वीकृत या विस्तारीत की गई थी/on which leave was granted or extended तथा  
अपने निर्णय पर पहुँचने के लिए इन सबों पर विचार किया है/and have taken these into  
consideration in arriving at my decision.

प्राधिकृत चिकित्सा सहायक/ Authorised Medical Attendant  
..... अस्पताल/औषधालय ..... Hospital/  
Dispensary  
या अन्य पंजीकृत चिकित्सक/Or other Registered Medical Practitioner  
(सं/No.....)

दिनांक/dated .....

संलग्नक-II/Annexure-II

फार्म सं. 24 जी (डीडीओ के लिए उद्धरण)/FORM NO 24.G(Extracts for DDO)  
[नियम 30 एवं नियम 37 सीए देखें] [कृपया संलग्नक-III देखें]/[See Rule 30 and rule  
37CA][PL. see Annexure-III]  
टीडीएस/टीसीएस बुक समायोजन विवरण/TDS/TCS Book Adjustment Statement

माह अंत (माह) \_\_\_\_\_/(वर्ष) \_\_\_\_\_ के लिए अंतरण वाउचर का विवरण/Details of  
Transfer Voucher for the month ending(month)mm(year)yyyy

5. अंतरण का डीडीओ वार विवरण/DDO wise details of transfer

5क. टीडीएस- वेतन (24 क्यू) का वार विवरण/wise details of TDS-Salary (24Q)

क्रम सं./Sl. No.	डीडीओ पंजीकरण सं.(केंद्रीय अभिलेखागार द्वारा मुहैया कराया गया)/DDO registration No.(provided by Central Record Keeping Agency)	डीडीओ कोड/ DDO Code	डीडीओ का टीएएन/ TAN of DDO	डीडीओ का नाम/Name of DDO	कर कटौती/ संगृहीत(मूल-कर का कुल, अधिभार, शैक्षिक उपकर/Tax deducted/collected (Sum of Basic-Tax, SUR, EDU-Cess)	सरकारी लेखा (महालेखाकार/ प्र.सीसीए) को कुल टीडीएस/टीसीएस प्रेषित/ Total TDS/TCS remittance To Government Account (AG/Pr. CCA)
1.			एसएचएलए00428बी		महालेखाकार (ले. एवं ह.) असम, गुवाहाटी	

कपया पृष्ठ के दूसरी ओर देखें/

P.T.O

**5ख. टीडीएस- गैर-वेतन (26 क्यू) के लिए कुल टीडीएस/टीसीएस राशि स्थानांतरित/Total  
TDS/TCS amount transferred for TDS-Non- Salary(26Q)**

क्रम सं./Sl. No.	डीडीओ पंजीकरण सं.(केंद्रीय अभिलेखागार द्वारा मुहैया कराया गया)/DDO registration No.(provided by Central Record Keeping Agency)	डीडीओ कोड/ DDO Code	डीडीओ का टीएएन/ TAN of DDO	डीडीओ का नाम/Name of DDO	कर कटौती/ संगृहीत(मूल-कर का कुल, अधिभार, शैक्षिक उपकर/Tax deducted/collected (Sum of Basic-Tax, SUR, EDU-Cess)	सरकारी लेखा (महालेखाकार/ प्र.सीसीए) को कुल टीडीएस/टीसीएस प्रेषित/ Total TDS/TCS remittance To Government Account (AG/Pr. CCA)
1.			एसएचएलए00428बी		महालेखाकार (ले. एवं ह.) असम, गुवाहाटी	



## फार्म सं. 27ए/Form No.27A

..... से .....(दिदि/मम/वव) अवधि के लिए कम्प्यूटर मीडिया पर दर्ज किया हुआ स्रोत पर कर कटौती/संग्रह(जो भी लागू हो उसे टिक करें) के विवरण के साथ सूचना प्रस्तुत करने के लिए फार्म/ Form for furnishing information with statement of deduction/collection of tax at source(tick whichever is applicable) filed on computer media for the period (from ..... to ..... (dd/mm/yy)

1.

- |  |   |
|--|---|
| (क) कर कटौती खाता सं./Tax deduction Account No. .... | (घ) वित्तीय वर्ष/Financial Year .....             |
| (ख) स्थायी खाता सं./Permanent Account No. ....       | (ङ) निर्धारण वर्ष/Assessment Year .....           |
| (ग) फार्म सं./Form No. ....                          | (च) पूर्व पावती सं./ Previous receipt number..... |

2.

- (क) नाम/  
(ख)