

# कार्यालय महानिदेशक लेखापरीक्षा (केन्द्रीय व्यय)

OFFICE OF THE DIRECTOR GENERAL OF AUDIT (CENTRAL EXPENDITURE)

इन्द्रप्रस्थ एस्टेट, नई दिल्ली-110 002

INDRAPRASTHA ESTATE, NEW DELHI-110 002

## प्रशासन !!

संख्या: प्रशा.॥/6-5/प्रा.चि.परि.नि./2020-24/6307-6347

दिनांक: 06.03.2024

**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 2023-24 के लिए नियुक्त किए गए सभी प्राधिकृत चिकित्सा परिचरों (Authorised Medical Attendants) के कार्यकाल की अवधि दिनांक 31.03.2024 को समाप्त हो रही है। इस संबंध में इस कार्यालय के कैंडर 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 2024-25 के लिए बढ़ाने हेतु अपने आवेदन प्राधिकृत चिकित्सा परिचर की सहमति व उनकी Undertaking सहित दिनांक 22.03.2024 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। दिनांक 22.03.2024 के बाद प्राधिकृत चिकित्सा परिचर का कार्यकाल बढ़ाने हेतु व नए प्राधिकृत चिकित्सा परिचर की नियुक्ति हेतु आवेदन स्वीकार नहीं किए जाएंगे।

संलग्नक: यथोवर्णित

अदि  
06/03/24

व. लेखापरीक्षा अधिकारी (प्रशासन)

डाक सूची के अनुसार

I. कार्यालय: महानिदेशक लेखापरीक्षा (केन्द्रीय व्यय) नई दिल्ली			
1.	महानिदेशक लेखापरीक्षा (केन्द्रीय व्यय) का सचिवालय	17	ए.एम.जी.-II अनुभाग
2.	कार्मिक योजना अनुभाग	18	ए.एम.जी.-III अनुभाग
3.	प्रशासन I अनुभाग	19	ए.एम.जी.-IV अनुभाग
4.	प्रशासन II अनुभाग	20	ए.एम.जी.-V अनुभाग
5.	स्थापना अनुभाग	21	विशेष कक्ष
6.	बिल अनुभाग	22	दूतावास लेखापरीक्षा अनुभाग
7.	प्रशिक्षण एवं परीक्षा अनुभाग	23	कल्याण अनुभाग
8.	जी. डी. अनुभाग	24	सूचना प्रणाली स्कंध
9.	रोकड़ अनुभाग	25	पुराना अभिलेख अनुभाग
10	हिंदी रिपोर्ट कक्ष	26	राजभाषा अनुभाग
11	गुणवत्ता आश्वासन अनुभाग	27	पुस्तकालय
12	वित्त लेखे अनुभाग	28	प्राप्ति एवं प्रेक्षण अनुभाग
13	रिपोर्ट रिसर्च अनुभाग	29	ए.सी.जी. अनुभाग
14	रिपोर्ट-I अनुभाग	30	एफ.आर.बी.एम. अनुभाग
15	रिपोर्ट-II अनुभाग	31	डाटा विश्लेषिकी समूह (DAW)*
16	ए.एम.जी.-I अनुभाग	32	समस्त सूचना पट्ट

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

II. 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		
III. 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	
IV. 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।

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

**Sub: Extension of period of AMA from ..... to 31-03-2025**

With reference to your office letter No.Admn.II/6-5/AMA Appointment/2020-24/ - dated .03.2024 on the subject cite above, I am willing to continue as Authorised Medical Practitioner (AMA) for the next financial year i.e. 2024-2025 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  
.....T  
aluka.....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

(125) 42  
465  
49C

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.	

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.