

रेलवे अस्पताल में स्वयं या परिवार के सदस्यों या आश्रितों की भर्ती के समय रेल कर्मचारी द्वारा विधिवत भरकर प्रस्तुत करने के लिए घोषणा
**DECLARATION FORM TO BE PRODUCED DULY FILLED IN BY THE RAILWAY EMPLOYEE AT THE TIME OF
 ADMISSION THE RAILWAY HOSPITAL FOR THEMSELVES OR FOR THEIR FAMILY MEMBERS & DEPENDENT**

(इस प्रपत्र को पूरी तरह भरा जाना चाहिए अन्यथा इसे स्वीकार नहीं किया जायेगा)
 (This Form should be filled in toto, otherwise it will not be accepted)

केन्द्रीय प्रवेश पंजी संख्या/Central Admission Register No.

1. रोगी का नाम/Name of the patient.....2. आयु/Age.....
3. लिंग/Sex.....4. कर्मचारी के साथ रोगी का सम्बन्ध/Relationship of the patient with the employee.....
5. कर्मचारी का पूरा नाम (बड़े अक्षरों में)
6. Name of the employee in full (Block capitals).....
 पिता का नाम/Father's Name.....
7. पदनाम विभाग टि. सं./बेल्ट सं.
 Designation.....Department.....T. No./Belt No.
 अनुभाग स्टेशन वेतन की दर
 Section.....Station.....Rate of pay.....
 क्या चल कर्मचारी आकस्मिक श्रमिक जो काम पर आहत हुए/काम पर आहत स. सि. लेखा सं.
 Whether running staff/Casual Labour IOD/IOD.....P. F. Account No.
8. क्या स्थायी/अस्थायी/आकस्मिक/पुनर्नियुक्त ? यदि पुनर्नियुक्त है तो उनकी सेवा समाप्त होने की तारीख
 Whether permanent/Ty./Casual/Re-employed ? If re-employed, service will terminate on.....
9. आसन्न अधिकारी या अधीनस्थ प्रभारी जिनके अधीन कार्यरत है का पदनाम
 Designation of the immediate officer or subordinate-in-charge under whom employed.....
10. कर्मचारी के बिल पास करने वाले अधिकारी का विवरण
 Particular's of the employee's Bill Compiling Officer.....
11. बिल इकाई सं. कर्मचारी की नियुक्ति की तारीख
 Bill Unit No.Date of appoinment of the employee.....
12. बिल पास करने वाले अधिकारी का विवरण
 Particulars of bill passing Accounts Officer.....

मैं एतद्वारा यह घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त विवरण सही है और मैं सहमत हूँ कि चालू नियमों के अनुसार अस्पताल आहार प्रभार मेरी वेतन से काट लिया जाए। यदि मेरे द्वारा की गई उपरोक्त घोषणा में किसी समय कोई विसंगति पाई जाती है तो मैं किसी भी अनुशासनिक कार्रवाई का भोगी होऊँगा।

I hereby declare that the above statement is correct and agree to the recovery of the hospital diet charges as per rules in force from my salary. I shall be liable for any disciplinary action if any discrepancy is detected in the above declaration at any time.

कर्मचारी का हस्ताक्षर (पूरा) / Signature of the employee (in full).....

उपरोक्त प्रविष्टियों को सत्यापित कर मैं यह प्रमाणित करता हूँ कि रेलवे अस्पतालों एवं स्वास्थ्य इकाईयों में रोगी निःशुल्क चिकित्सा अनुसेवा एवं इलाज का हकदार है।

Verified the above entries and certified that the patient is entitled to get facilities of Free Medical Attendance and treatment in Railway Hospitals and Health Units.

.....
 कार्यालय मुहर सहित बिल संकलन अधिकारी का हस्ताक्षर
 Signature of the Bill Comiling Officer with Office Stamp

.....
 कार्यालय मुहर सहित अधीनस्थ प्रभारी का हस्ताक्षर
 Signature of the Sub-Ordinate-in-charge with Office Stamp

13. अंतरंगी पंजी संख्या प्रवेश की तारीख छुट्टी की तारीख
 Indoor Register No.Date of admission.....Date of discharge.....
 कार्यरत डॉक्टर और प्रभारी सिस्टर को प्रवेश के समय यह सुनिश्चित करना चाहिए कि उपरोक्त सूचनायें विधिवत रूप से दी जाएं।
 The duty Doctor or Sister-in-charge should ensure at the time of admission that the above information are
 duly furnished.

.....
 कार्यरत सिस्टर का हस्ताक्षर
 Signature of Sister-in-charge on duty

.....
 कार्यरत डॉक्टर या सिस्टर प्रभारी का हस्ताक्षर
 Signature of Doctor on duty or Sister-in-charge