



पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि० (उत्तराखण्ड सरकार का उपक्रम)

मानव संसाधन एवं प्रशासनिक विभाग

विद्युत भवन, नजदीक-आई०एस०बी०टी० क्रासिंग, सहारनपुर रोड़, माजरा, देहरादून-248002
दूरभाष नं० 0135-2645249 फैक्स नं० 0135-2645249 email:- hr@ptcul.org

दिनांक: 21.10.2020

पत्रांक: /मा०सं०एवंप्र०वि०/पिटकुल/पी-8

विषय:- चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति प्रकरणों के सम्बन्ध में।

समस्त मुख्य अभियन्ता (स्तर-I/II)/महाप्रबन्धक,
समस्त अधीक्षण अभियन्ता/उपमहाप्रबन्धक,
समस्त अधिशासी अभियन्ता,.....पिटकुल।

कृपया उपरोक्त विषयक कारपोरेशन मुख्यालय स्तर पर चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति से सम्बन्धित प्रकरणों के निस्तारण के समय कई प्रकार की त्रुटियां उजागर होती हैं, जिससे चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रकरणों के निस्तारण में अनावश्यक विलम्ब होने के कारण सम्बन्धित कार्मिक एवं उसके परिजनों को आर्थिक संकट का सामना करना पड़ता है। इसके साथ ही यह शिकायतें भी संज्ञान में आई हैं कि चिकित्सालयों द्वारा भर्ती के उपरान्त अपनी मनमर्जी से कार्मिकों के परीक्षण किये जा रहे हैं, जिसमें कारपोरेशन की धन की हानि के साथ-साथ कार्मिकों को तथा उन पर आश्रितों को भी असुविधा का सामना करना पड़ता है।

उपरोक्त के दृष्टिगत कारपोरेशन द्वारा अनुमोदित/गैर अनुमोदित चिकित्सालयों में उपचार कराये जाने पर कार्मिक द्वारा प्रेषित चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रकरण के सम्बन्ध में सम्बन्धित नियन्त्रक अधिकारी का दायित्व होगा कि वह कार्मिक से इस आशय का शपथ-पत्र संलग्न प्रारूप पर प्राप्त कर चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रकरण के साथ संलग्न करेंगे कि "उक्त चिकित्सा प्रतिपूर्ति का दावा पूर्णतः वास्तविक व्यय है तथा भविष्य में किसी स्तर पर यह गलत पाया जाता है तो इसका पूर्ण उत्तरदायित्व उसका होगा"।

यदि कार्मिक के द्वारा कैश-लैस व्यवस्था के अन्तर्गत चिकित्सालय में उपचार कराया जाता है तो सम्बन्धित नियन्त्रक अधिकारी का दायित्व होगा कि वह कार्मिक के उपचार के उपरान्त कार्मिक से यथाशीघ्र इस आशय का शपथ पत्र प्राप्त कर महाप्रबन्धक (वित्त) कार्यालय को प्रेषित करेंगे कि "उनके द्वारा कैश-लैस चिकित्सालय में उपचार कराया गया है तथा चिकित्सालय द्वारा प्रेषित चिकित्सा प्रतिपूर्ति का दावा पूर्णतः वास्तविक व्यय है तथा भविष्य में किसी स्तर पर यह गलत पाया जाता है तो इसका पूर्ण उत्तरदायित्व उसका होगा"।

चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रकरणों के साथ उपरोक्त शपथ-पत्र संलग्न किया जाना अनिवार्य है, जिसे प्राप्त करने का दायित्व नियन्त्रक अधिकारी का होगा, जिससे चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रकरणों के निस्तारण में किसी प्रकार का विलम्ब न हो तथा अनावश्यक पत्राचार से बचा जा सके।

संलग्नक-शपथपत्र का प्रारूप।

(पी०सी० ध्यानी)
निदेशक (मा०सं०)

पत्रांक: /मा०सं०एवंप्र०अनु०/पिटकुल/पी-8 तददिनांक :

प्रतिलिपि प्रबन्ध निदेशक, पिटकुल, देहरादून को उनके द्वारा दिये गये निर्देशों के अनुपालन में सूचनार्थ प्रेषित।

(पी०सी० ध्यानी)
निदेशक (मा०सं०)

पत्रांक: 148/मा०सं०एवंप्र०अनु०/पिटकुल/पी-8 तददिनांक :

प्रतिलिपि: निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित :-

1. निदेशक (परिचालन)/परियोजना/(वित्त), पिटकुल, देहरादून।
2. महाप्रबन्धक (वित्त), पिटकुल, देहरादून।
3. अधिशासी अभियन्ता (सू०प्रौ०), पिटकुल, देहरादून को इस निर्देश के साथ प्रेषित कि कृपया इस आदेश को कारपोरेशन की वेबसाइट पर प्रदर्शित करना सुनिश्चित करें।
4. कट फाइल।

संलग्नक-शपथपत्र का प्रारूप।

E.E (IT)
All O.E (IT)
MI (S.E.T), PTCUL.

No. 655/PTCUL/25M/IT staff
Date: 23/10/20

Please ensure 100% compliance
23-10-20

(पी०सी० ध्यानी)
निदेशक (मा०सं०)

D.N. 394
22/10/20

भारतीय चिकित्सा परिषद का अधिनियम 1956

(अनुच्छेद 14 के अन्तर्गत अधिनियम)

राज्यीय चिकित्सा परिषद अधिनियम 1956

शपथ-पत्र



मैंपदनामतैनाती कार्यालय

.....यह घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि मेरे द्वारा स्वयं की/मेरे आश्रित श्री/श्रीमती/कु0.....
जो कि मेरा/मेरी.....है तथा मुझ पर पूर्णतया आश्रित है, के अस्वस्थ होने पर चिकित्सक द्वारा
.....(बीमारी का नाम) जाँच/परीक्षण बतायी गयी, जिसका उपचार मेरे द्वारा कारपोरेशन से
मान्यता प्राप्त चिकित्सालय अथवा राजकीय चिकित्सालय (नाम) से दिनांक
से.....तक भर्ती रहकर/वाह्य रोगी के रूप में कराया गया है।

2. मैं घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि उपरोक्त चिकित्सा प्रकरण दावे का व्यय वास्तविक है तथा भविष्य में
किसी स्तर पर गलत पाये जाने की स्थिति में पूर्ण दायित्व मेरा होगा।

dent for Paul

(नाम)
(पता)

(नाम)
(पता)

Handwritten notes and stamps at the bottom of the page, including a large '100' stamp and various illegible signatures and text.