

भारत सरकार Government of India  
परमाणु ऊर्जा विभाग Department of Atomic Energy  
नाभिकीय ईंधन सम्मिश्र Nuclear Fuel Complex  
सीएचएसएस अनुभाग CHSS Section

सं Ref:NFC/CHSS/09/2021/ 533

दिनांक Date: 23.09.2021

**परिपत्र CIRCULAR**

विषय : सीएचएसएस के लाभार्थियों को कोविड-19 टीका की लागत की प्रतिपूर्ति के संबंध में।  
Subject : Reimbursement of cost of COVID-19 vaccine to CHSS beneficiaries – Reg.

\*\*\*

कोविड-19 महामारी के वर्तमान परिदृश्य को ध्यान में रखते हुए, कई निवारक उपाय करते हुए इसके प्रभाव को कम करने के लिए विभाग द्वारा सभी प्रयास किये जा रहे हैं। इस दिशा में निरंतर प्रयासों के एक भाग के रूप में, परमाणु ऊर्जा विभाग में सक्षम प्राधिकारी ने सीएचएसएस लाभार्थियों को कोविड-19 टीका की लागत की प्रतिपूर्ति के लिए अनुमोदन प्रदान कर दिया है।

In view of the present COVID-19 pandemic, all efforts are being taken by the Department to contain its impact by instituting many preventive measures. As a part of the continuing efforts in this direction, Competent Authority in DAE has accorded approval for reimbursement of cost of COVID-19 vaccine to CHSS beneficiaries.

2. इस संबंध में, सीएचएसएस लाभार्थी (18 वर्ष की आयु से अधिक) जिन्होंने निजी अस्पतालों से स्वयं टीकाकरण कर लिया / कर रहे हैं, को एतद्वारा प.ऊ.वि के दिनांक 16.06.2021 के का.ज्ञा. के अनुसार प्रतिपूर्ति हेतु अनुमति दी गई है। उक्त का.ज्ञा. के अनुसार, टीकाकरण प्रभारों की प्रतिपूर्ति हेतु अधिकतम सीमा निम्नवत तालिका में दी गई है।

In this regard, CHSS beneficiaries (above the age group of 18 years) who have taken / are taking vaccination on their own from private hospitals are hereby allowed for reimbursement as per DAE OM dtd 16.06.2021. Maximum ceiling for reimbursement of vaccination charges are as per the said OM, tabulated below:

क्र.सं. S. No	टीका Vaccine	प्रत्येक डोज़(रु.) का मूल्य+5%(रु.) की दर से जीएसटी Price per Dose (Rs.) + GST @ 5% (Rs.)	अधिकतम सेवा प्रभार जिसमें सभी कर शामिल हैं (रु.) Max. Service Charges inclusive of taxes (Rs.)	अधिकतम सीमा (रु.में)Maximum Ceiling (in Rs.)
1	COVISHIELD	600+30	150	780/-
2	COVAXIN	1200+60	150	1,410/-
3	SPUTNIK V	948+47	150	1,145/-

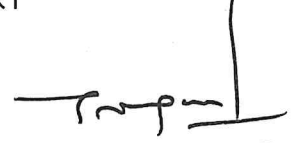
Contd...2

3. सेवारत कर्मचारी निम्नवत दस्तावेजों के साथ निर्धारित प्रपत्र (अनुलग्नक -I) में उनके संबंधित संयंत्र / नियंत्रण अधिकारी को दावा प्रस्तुत करेंगे, जिसे वे संबंधित इकाई के भुगतान एवं लेखा अधिकारी को प्रेषित करेंगे। उसी प्रकार, सेवानिवृत्त कर्मचारी अपना दावा निर्धारित प्रपत्र (अनुलग्नक-II) में सहायक कार्मिक अधिकारी (सीएचएसएस), नाईस को प्रस्तुत करेंगे।

Serving employees may submit the claim in the prescribed format (Annexure-I) along with the following documents to their respective plant/controlling officer, who in turn will forward the same to Pay & Accounts Officer of the concerned unit. Similarly, retired employees shall submit the claim in the prescribed format (Annexure-II) to APO (CHSS), NFC :

- सीएचएसएस स्वास्थ्य पुस्तिका की एक प्रति A copy of CHSS Health Passbook
  - भारत सरकार द्वारा जारी टीकाकरण प्रमाणपत्र  
Vaccine certificate issued by the Government of India
  - भुगतान की मूल रसीद Payment receipt in original
  - बैंक पासबुक की एक प्रति(सेवानिवृत्त/मृतक वर्ग के मामले में)  
A copy of Bank Passbook (in case of retired / deceased category)
4. सीएचएसएस के सभी लाभार्थियों से अनुरोध है कि उपर्युक्त को नोट करें।  
All beneficiaries of CHSS are requested to note the above.

संलग्नक Encl: यथोपरि As above



(नागार्जुन प्रसाद Nagarjuna Prasad)

प्रशासनिक अधिकारी Administrative Officer + III

23/09/2021

सभी कर्मचारियों हेतु To all the employees

सभी संयंत्र / अनुभाग All Plants /Sections

सभी सूचनापट्ट/All Notice Boards

सभी सेवानिवृत्त कर्मचारी और परिवार के आश्रित सदस्य

All the retired employees and their dependent family members

**प्रतिलिपि Copy to:**

- मुख्य कार्यपालक, नाईस CE, NFC - सादर सूचनार्थ - for kind information.
- सभी उप मुख्य कार्यपालक/परि.निदे.जेडसी/पलय/महाप्रबंध/क्षे.नि.क्रभनिहैए  
/उपमहाप्रबंध/प्रधान/वरि.प्रबंध./प्रबंध./उप प्रबंध/कार्या.प्रभारी/  
DCEs/PD, ZC(P)/GMs/RD, HRPSU/DGMs/Heads/SMs/Mgrs/DMs/OICs
- प्रमुख, चिकित्सा प्रभाग मुख्य चिकित्सा अधीक्षक(सीएचसी व सीएचएसएस) मुख्य चिकित्सा अधिकारी/चिकित्सा अधिकारी, नाईस  
Head, Medical Division / CMS (CHC & CHSS)/CMO/Medical Officer's, NFC
- मुख्य प्रशासनिक अधिकारी, नाईस/CAO, NFC
- संयुक्त नियंत्रक (वित्त व लेखा)/JC (F & A), NFC
- उप महानिरीक्षक, पऊवि मुख्यालय/समादेश, कें.औ.सु.ब./
- DIG, DAE Headquarters/Commandant, CISF
- महासचिव, नाईस औ.का.संघ/ General Secretary, NFC IWU
- अध्यक्ष, नाईस पर्य.कर्म.संघ/नाईस वैज्ञा.सहा.संघ/ नाईस अधिकारी संघ  
President, NFCSSA/ NFCSAA / NUFCOA

**सूचनार्थ प्रति / Copy also for information to:**

1. मुख्य प्रशासनिक एवं लेखा अधिकारी, पखनि, हैदराबाद / CA & AO, AMDER, Hyderabad
2. प्रशासनिक अधिकारी, टीआईएफआर, हैदराबाद / Administrative Officer, TIFR, Hyderabad
3. प्रभारी वैज्ञानिक, सीसीसीएम, हैदराबाद / Scientist-in-Charge, CCCM, Hyderabad
4. प्रमुख, आरसी, जोनाकी, ब्रिट, हैदराबाद / Head, RC, Jonaki, BRIT, Hyderabad
5. प्राचार्य, आईसीएस-I/II, एएयूएच, हैदराबाद Principal, AECS-I/JS, Vice Principal / Incharge, AECS-II, Hyderabad
6. प्रभारी अधिकारी, एनपीसीआईएल, ईसीआईएल कैंपस, हैदराबाद  
Officer-in-Charge, NPCIL, ECIL Campus, Hyderabad
7. आईआईडब्ल्यू, पऊवि, हैदराबाद/ IIW, DAE, Hyderabad
8. प्रबन्धक-क्रय, आरपीयू) एम (शहर कार्यालय, नाईस परिसर, हैदराबाद  
Manager-Purchase, RPU (M) City Office, NFC Premises, Hyderabad
9. समन्वयक, सेवानिवृत्त कर्मचारी संगठन / Coordinator, Retired Employees'  
Association



**Annexure-I (Serving Employees)**

Government of India  
Department of Atomic Energy  
Nuclear Fuel Complex

**Application for claiming reimbursement of Cost of COVID-19 vaccination.**

Sl.No.	Particulars	Details
1.	Name of the Employee / Prime Beneficiary	
2.	Employee No.	
3.	CHSS.No.	
4.	Designation / Section	
5.	Unit	
6.	Name of the Dependent CHSS beneficiary who has taken vaccination	
7.	Relationship with employee	
8.	Beneficiary CHSS .No. and validity	
9.	Place & Date of vaccination :	1st Dose: 2nd Dose:
10.	Name of the vaccination taken	( COVISHIELD / COVAXIN / SPUTNIK V)
11.	Vaccination taken for:	( 1 <sup>st</sup> dose / 2 <sup>nd</sup> dose / Both)
12.	Total Amount claimed	
13.	Invoice No. & dt.	

**NOTE: Reimbursement towards Vaccination charges will be restricted as per DAE OM Dated 16.06.2021.**

The following documents of the beneficiary who have taken vaccination are enclosed herewith for consideration:

Sl.No.	Document copy to be submitted	Yes / No
1.	Copy of CHSS Health Passbook	
2.	Vaccine Certificate issued by the Govt. of India	
3.	Payment receipt in original (Invoice)	
4.	Front page of Bank passbook (in case of retired /deceased category)	

I hereby declare that :

1. The statement in this application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses are incurred is wholly dependent upon me.
2. In the event of details furnished by me are found to be false, I shall be liable for punishment as deemed fit.

Date:

Signature of the Prime Beneficiary

Plant Manager / Plant-In-Charge

Pay and Accounts Officer, NFC

**Annexure- II (Retired / Deceased Employees)**

Government of India  
Department of Atomic Energy  
Nuclear Fuel Complex

**Application for claiming reimbursement of Cost of COVID-19 vaccination.**

Sl.No.	Particulars	Details
1.	Name of the Employee / Prime Beneficiary	
2.	Employee No.	
3.	CHSS.No.	
4.	Unit	
5.	Name of the Dependent CHSS beneficiary who has taken vaccination	
6.	Relationship with employee	
7.	Beneficiary CHSS .No. and validity	
8.	Place & Date of vaccination :	1st Dose: 2nd Dose:
9.	Name of the vaccination taken	(COVISHIELD / COVAXIN / SPUTNIK V)
10.	Vaccination taken for:	( 1 <sup>st</sup> dose / 2 <sup>nd</sup> dose / Both)
11.	Total Amount claimed	
12.	Invoice No. & dt.	

**NOTE: Reimbursement towards Vaccination charges will be restricted as per DAE OM Dated 16.06.2021.**

The following documents of the beneficiary who have taken vaccination are enclosed herewith for consideration:

Sl.No.	Document copy to be submitted	Yes / No
1.	Copy of CHSS Health Passbook	
2.	Vaccine Certificate issued by the Govt. of India	
3.	Payment receipt in original (Invoice)	
4.	Front page of Bank passbook (in case of retired /deceased category)	

I hereby declare that :

1. The statement in this application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses are incurred is wholly dependent upon me.
2. In the event of details furnished by me are found to be false, I shall be liable for punishment as deemed fit.

Date:

Signature of the Prime Beneficiary

APO, CHSS

Pay and Accounts Officer, NFC