भारत सरकार **Government of India**

परमाणु ऊर्जा विभाग **Department of Atomic Energy**

नाभिकीय ईंधन सम्मिश्र **Nuclear Fuel Complex**

“श्रवण यंत्र” की खरीद हेतु आवेदन Application for purchase of “Hearing Aid”

दिनांक: Dated: _____

सेवा में To:

सहायक कार्मिक अधिकारी (सीएचएसएस), नाईंस / APO (CHSS), NFC,

हैदराबाद Hyderabad - 500 062.

क्र.सं. S No	**विवरण Particulars**		
1.	कर्मचारी का नाम (सर्व/श्री/श्रीमती/कु.): Name of the Employee (S/Shri/Smt/Kum.):		
2.	पदनाम एवं कर्मचारी सं.: Designation & Employee No:		
3.	कर्मचारी की स्थिति(सेवारत/सेवानिवृत्त/मृतक) Employee Status (In Service/Retired/Deceased):		
4.	इकाई : Unit:		
5.	लाभार्थी का नाम जिसके लिए हियरिंग एड की आवश्यकता है Beneficiary name for whom hearing aid is required for:		
6.	कर्मचारी के साथ लाभार्थी का संबंध Beneficiary relationship with Employee:		
7.	लाभार्थी का सीएचएसएस सं.: Beneficiary CHSS No.:		
8.	ऑडियोलॉजी परीक्षा आयोजित की गई: (तारीख: दिन/माह/वर्ष) Audiology test conducted on: (Date: DD/MM/YY)		
9.	इलाज करने वाले डॉक्टर द्वारा अनुशंसित मॉडल Model recommended by treating doctor:		
10.	बाएँ/दाएँ/दोनों कानों के लिए अनुशंसित श्रवण यंत्र: Hearing aid recommended for Left/Right/Both Ears:		
11.	हियरिंग एड की खरीद प्रथम या बाद के लिए: Purchase of hearing aid is for 1st or subsequent time:		
12.	यदि खरीद दूसरी या बाद के समय की है, तो पिछली खरीद तिथि माह/दिन/वर्ष प्रारूप में है If purchase is of 2nd or subsequent time, then previous purchase date in MM/DD/YY format:		

P.T.O...

निम्नलिखित दस्तावेज विचार के लिए संलग्न हैं:

The following documents are enclosed for the consideration:

क्र.सं. **S No**	**विवरण Particulars**	**हां/नहीं** **YES/NO**
1	स्वास्थ्य पासबुक की प्रति जिसमें श्रवण यंत्र के लिए ईएनटी विशेषज्ञ की सिफारिश की गई है, उसके मेक और मॉडल के विवरण के साथ संलग्न है। Copy of Health Pass book containing the recommendations of ENT specialist for hearing aid with details of make & model of the same is enclosed:	
2	सुपर स्पेशियलिटी अस्पताल में ईएनटी परामर्श के मामले में एनएफसी के एमओ/जोनल अस्पताल/एएमए द्वारा जारी ओपी रेफरल फॉर्म संलग्न है। OP referral form issued by NFC MO / Zonal Hospital / AMA in case of ENT consultation at Super Specialty hospital is enclosed:	
3	ऑडियोग्राफी रिपोर्ट जिसमें किए गए परीक्षण के ब्यौरे और हियरिंग एड के लिए सिफारिश की गई मॉडल/सुनवाई गई हियरिंग एड के प्रकार का विवरण संलग्न है। Audiography report containing details of test undertaken & recommendation for hearing aid with details of model/type of hearing aid recommended is enclosed:	
4	हियरिंग एड के मेक/मॉडल और कीमत को दर्शाने वाले 03 कोटेशन संलग्न हैं। 03 quotations indicating make/model & price of the hearing aid are enclosed:	
5	पुराने हियरिंग एड को तिरस्कृत/काम नहीं करने का प्रमाण पत्र संलग्न है। Condemnation/Not working Certificate of old Hearing Aid is enclosed:	
6	लाभार्थी के सीएचएसएस कार्ड की कॉपी जिसके लिए हियरिंग एड अपेक्षित है। CHSS Card copy of the beneficiary for whom hearing aid is required is enclosed:	

भवदीय Yours faithfully,

(_____)

पता: Address: _____

_____ पिन कोड: Pin Code: _____

मोबाइल नं.: Mobile No: _____