

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

सं. Ref:NFC/CHSS/01/2022/

दिनांक 22.01.2022

परिपत्र CIRCULAR

विषय: सीएचएसएस लाभार्थियों को कोविड-19 वैक्सीन की लागत की प्रतिपूर्ति - के संबंध में।

Sub: Reimbursement of Cost of Covid-19 Vaccine to CHSS beneficiaries - Reg.

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा जारी दिशा-निर्देशों के अनुसार, 15-18 वर्ष की आयु के सभी बच्चों को COVAXIN टीका लगाया जाना है। साथ ही, स्वास्थ्य सेवा कर्मियों और फ्रंट लाइन वर्कर्स तथा 60 वर्ष और उससे अधिक आयु के सहरुग्णता वाले नागरिकों को दूसरी खुराक देने की तारीख से 9 महीने यानी 39 सप्ताह पूरे होने के आधार पर, उनका भी टीकाकरण किया जाना है।

As per the guidelines issued by the Ministry of Health & Family Welfare, Government of India all children under the age of 15-18 years are to be vaccinated with COVAXIN, Simultaneously, Health Care Workers & Front Line Workers and citizens aged 60 years and above with Comorbidities are also to be vaccinated based on completion of 9 months i.e., 39 weeks from the date of administration of 2nd dose.

2. इस संबंध में, चिकित्सा प्रभाग ने दिनांक 11.01.2022 के अपने परिपत्र के माध्यम से सूचित किया कि फ्रंटलाइन कार्यकर्ताओं और 60 वर्ष से अधिक आयु के लाभार्थियों (जिन्होंने कोरोनावायरस टीकाकरण की दूसरी खुराक के 09 महीने पूरे कर लिए हैं) के लिए एहतियाती टीकाकरण प्रत्येक मंगलवार एवं शुक्रवार को किया जाएगा और 15 वर्ष से 18 वर्ष की आयु के बच्चों के लिए टीकाकरण पोर्टल पर अपना पंजीकरण करने पर प्रत्येक सोमवार एवं गुरुवार को संजीवनी में किया जाएगा।

In this regard, Medical Division vide their circular dtd.11.01.2022 informed that precautionary vaccination for frontline workers and beneficiaries above the age of 60 years (who have completed 09 months after 2nd dose of Coronavirus vaccination) will be done on every Tuesday and Friday and for Children between age of 15 years to 18 years will be done on every Monday & Thursday at Sanjivini after registering themselves on the vaccination portal.

3. सीएचएसएस लाभार्थी, जिन्होंने निजी अस्पतालों से स्वयं टीकाकरण लिया है / ले रहे हैं, उन्हें क्रमशः पञ्चम के दिनांक 16.06.2021 और 13.01.2022 क्रमशः के कार्यालय ज्ञापन के अनुसार एतद्वारा प्रतिपूर्ति की अनुमति दी गई है। उक्त कार्यालय ज्ञापन के अनुसार टीकाकरण शुल्क की प्रतिपूर्ति की अधिकतम सीमा निम्नानुसार सारणीबद्ध है:-

CHSS beneficiaries, 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 & 13.01.2022 respectively. Maximum ceiling for reimbursement of vaccination charges are as per the said OM, which is tabulated below:-

क्र. सं Sl.No.	टीका Vaccine	प्रति खुराक मूल्य Price per dose	जी एस टी GST@5%	प्रति खुराक सेवा शुल्क Service charge per dose (Rs.)	प्रति खुराक अधिकतम मूल्य Maximum price per dose (Rs.)
01	कोविशील्ड COVISHIELD	600	30	150	780
02	को-वैक्सीन COVAXIN	1200	60	150	1410
03	स्पुतनिक V SPUTNIK V	948	47	150	1145

4. सेवारत कर्मचारी अपने संबंधित संयंत्र/नियंत्रक अधिकारी को विनिर्धारित प्रारूप (अनुलग्नक-I) में दावा प्रस्तुत कर सकते हैं, जो इसे संबंधित इकाई के भुगतान एवं लेखा अधिकारी को अग्रेषित करेंगे। इसी तरह, सेवानिवृत्त कर्मचारियों को टीकाकरण की तारीख से एक महीने के भीतर प्रतिपूर्ति के लिए विनिर्धारित प्रारूप (अनुलग्नक-II) में सहा.का.अधि. (सीएचएसएस), नाईस को दावा प्रस्तुत करना होगा।

Serving employees may submit the claim in the prescribed format (Annexure-I) to their respective plant/controlling officer, who in turn will forward it 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 for reimbursement, within one month from the date of vaccination

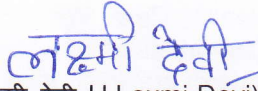
5. सभी सीएचएसएस लाभार्थियों से अनुरोध है कि कृपया उपरोक्त को नोट करें और उक्त सुविधा का लाभ उठाएं।

All CHSS beneficiaries are requested to kindly note the above and avail the said facility.

6. इसे नाईस में सक्षम प्राधिकारी के अनुमोदन से जारी किया जाता है।

This issues with the approval of the Competent Authority in NFC.

संलग्नक Enclosed : यथोपरि a.a.


(यू. लक्ष्मी देवी U.Laxmi Devi) 24/11/22

प्रशासनिक अधिकारी Administrative Officer-III

सभी संयंत्र All Plants / अनुभाग Sections

सभी सूचनापट्ट/All Notice Boards

प्रतिलिपि Copy to:

1. मुख्य कार्यपालक, नाईस CE, NFC - सादर सूचनार्थ - for kind information.
2. सभी उप मुख्य कार्यपालक/परि.निदे.जेडसी(पलय)/महाप्रबं/क्षे.नि.,क्रभनिहैए/उप महाप्रबं./प्रधान/वरि.प्रबं./ प्रबं./उप प्रबं/कार्या.प्रभारी DCEs/PD, ZC(P)/GMs/RD, HRPSU/DGMs/Heads/SMs/Mgrs/DMs/OICs
3. प्रमुख, चिकित्सा प्रभाग/मु.चि.अ. (सीएचसी, ओएचसी,सीएचएसएस एवं हिम्स)/मु.चि.अ./चिकित्सा अनुभाग, नाईस Head, Medical Division /CMS (CHC, OHC, CHSS & HIMS) /CMO/Medical Officer's, NFC
4. मुख्य प्रशासनिक अधिकारी ,नाईस/CAO, NFC
5. संयुक्त नियंत्रक (वित्त व लेखा)/JC (F & A), NFC
6. उप महानिरीक्षक ,पऊवि मुख्यालय/समादेष्टा ,कै.औ.सु.ब/. DIG, DAE Headquarters/Commandant, CISF
7. महासचिव, नाईस औ.का.संघ/ General Secretary, NFC IWU
8. अध्यक्ष ,नाईस पर्य.कर्म.संघ/नाईस वैज्ञा.सहा.संघ/ नाईस अधिकारी संघ President, NFCSSA / NFCSAA / NUFCSA

सूचनार्थ प्रति / Copy also for information to:

1. मुख्य प्रशासनिक अधिकारी, पखनि, हैदराबाद / CA & AO, AMDER, Hyderabad
2. प्रभारी वैज्ञानिक, 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. प्रधानाचार्य, आईसीएस-II/II, एएयूएच, हैदराबाद
Principal, AECS-II/JS, Vice Principal / Incharge, AECS-II, Hyderabad
6. प्रभारी अधिकारी, एनपीसीआईएल,ईसीआईएल कैम्पस, हैदराबाद
Officer-in-Charge, NPCIL, ECIL Campus, Hyderabad
7. आईआईडब्ल्यू, पऊवि, हैदराबाद/ IIW, DAE, Hyderabad

अनुलग्नक I Annexure-I (सेवारत कर्मचारी Serving Employee)

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

कोविड-19 टीकाकरण की लागत की प्रतिपूर्ति का दावा हेतु आवेदन
Application for claiming reimbursement of Cost of COVID -19 Vaccination.

क्र सं Sl.No.	कर्मचारी का विवरण Particulars	विवरण Details
1.	कर्मचारी/प्राथमिक लाभार्थी का नाम Name of the Employee / Prime Beneficiary	
2.	कार्मिक संख्या Employee No.	
3.	सीएचएसएस संख्या CHSS No.	
4.	पदनाम/अनुभाग Designation / Section	
5.	यूनिट Unit	
6.	टीका लेने वाले आश्रित सीएचएसएस लाभार्थी का नाम Name of the Dependent CHSS beneficiary who has taken vaccination	
7.	कर्मचारी के साथ संबंध Relationship with employee	
8.	लाभार्थी का सीएचएसएस संख्या एवं वैधता Beneficiary CHSS No. and validity	
9.	टीकाकरण की तिथि एवं स्थान Place & Date of Vaccination	
10.	लिए गए टीका का नाम Name of the vaccination taken	
11.	टीका की खुराक Vaccination taken for: (1 st /2 nd /Precautionary Dose)	
12.	दावा की गई कुल राशि Total Amount claimed	
13.	इनवॉइस नंबर एवं तिथि Invoice No. & date	

नोट : टीकाकरण शुल्क की प्रतिपूर्ति परमाणु ऊर्जा विभाग के दिनांक 16/06/2021 के अनुसार सीमित की जाएगी

|

Note: Reimbursement towards Vaccination charges will be restricted as per DAE OM dtd. 16.06.2021.

विचार हेतु टीका लेने वाले लाभार्थी के निम्नांकित दस्तावेज एतद्वारा संलग्न हैं ।

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

क्र सं Sl.No.	प्रस्तुत किये जाने वाले दस्तावेज की प्रति Document copy to be submitted	हाँ /नहीं Yes / No
1.	सी एच एस एस स्वास्थ्य पासबुक की प्रति Copy of CHSS Health Passbook	
2.	भारत सरकार द्वारा जारी टीकाकरण प्रमाणपत्र Vaccine Certificate issued by the Govt. of India	
3.	भुगतान रसीद की मूल प्रति (इनवॉइस) Payment receipt in original (Invoice)	

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि I hereby declare that:

इस आवेदन में दिया गया कथन मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य है और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूरी तरह से मुझ पर निर्भर है ।

The statement in this application is true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses are incurred is wholly dependent upon me.

यदि मेरे द्वारा दिया गया विवरण असत्य पाया जाता है, तो मैं उचित समझे जाने वाले दंड के लिए उत्तरदायी होऊंगा ।

In the event of details furnished by me are found to be false, I shall be liable for punishment as deemed fit.

दिनांक Date:

(मुख्य लाभार्थी का हस्ताक्षर)
Signature of the Prime Beneficiary)

संयंत्र प्रबंधक / संयंत्र-प्रभारी Plant Manager/Plant-Incharge

भुगतान एवं लेखा अधिकारी, नाईस Pay & Accounts Officer, NFC.

अनुलग्नक II **Annexure-II** (सेवा निवृत्त/मृत कर्मचारी **Retired / Deceased Employee**)

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

कोविड-19 टीकाकरण की लागत की प्रतिपूर्ति का दावा हेतु आवेदन
Application for claiming reimbursement of Cost of COVID -19 Vaccination.

क्र सं Sl.No.	कर्मचारी का विवरण Particulars	विवरण Details
1.	कर्मचारी /प्राथमिक लाभार्थी का नाम Name of the Employee / Prime Beneficiary	
2.	कार्मिक संख्या Employee No.	
3.	सीएचएसएस संख्या CHSS No.	
4.	पदनाम/अनुभाग Designation / Section	
5.	यूनिट Unit	
6.	टीका लेने वाले आश्रित सीएचएसएस लाभार्थी का नाम Name of the Dependent CHSS beneficiary who has taken vaccination	
7.	कर्मचारी के साथ संबंध Relationship with employee	
8.	लाभार्थी का सीएचएसएस संख्या एवं वैधता Beneficiary CHSS No. and validity	
9.	टीकाकरण की तिथि एवं स्थान Place & Date of Vaccination	
10.	लिए गए टीका का नाम Name of the vaccination taken	
11.	टीका की खुराक Vaccination taken for: (1 st /2 nd /Precautionary Dose)	
12.	दावा की गई कुल राशि Total Amount claimed	

नोट : टीकाकरण शुल्क की प्रतिपूर्ति परमाणु ऊर्जा विभाग के दिनांक 16/06/2021 के अनुसार सीमित की जाएगी

Note: Reimbursement towards Vaccination charges will be restricted as per DAE OM dtd. 16.06.2021.

विचार हेतु टीका लेने वाले लाभार्थी के निम्नांकित दस्तावेज एतद्वारा संलग्न हैं ।

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

क्र सं SI.No.	प्रस्तुत किये जाने वाले दस्तावेज की प्रति Document copy to be submitted	हाँ / नहीं Yes / No
1.	सी एच एस एस स्वास्थ्य पासबुक की प्रति Copy of CHSS Health Passbook	
2.	भारत सरकार द्वारा जारी टीकाकरण प्रमाणपत्र Vaccine Certificate issued by the Govt. of India	
3.	भुगतान रसीद की मूल प्रति (इनवॉइस) Payment receipt in original (Invoice)	
4.	बैंक पासबुक का प्रथम पेज (सेवानिवृत्त/मृत श्रेणी के मामले में) Front page of Bank Passbook (in case of retired /deceased category)	

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि I hereby declare that:

इस आवेदन में दिया गया कथन मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य है और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूरी तरह से मुझ पर निर्भर है ।

The statement in this application is true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses are incurred is wholly dependent upon me.

यदि मेरे द्वारा दिया गया विवरण असत्य पाया जाता है, तो मैं उचित समझे जाने वाले दंड के लिए उत्तरदायी होंगा ।

In the event of details furnished by me are found to be false, I shall be liable for punishment as deemed fit.

दिनांक Date:

(मुख्य लाभार्थी का हस्ताक्षर)
Signature of the Prime Beneficiary)

सहायकी कार्मिक अधिकारी, सीएचएसएस / APO, CHSS

भुगतान एवं लेखा अधिकारी, नाईस Pay & Accounts Officer, NFC.