GOVERNMENT OF INDIA/भारत सरकार
MINISTRY OF RAILWAYS/रेल मंत्रालय
(Railway Board) रेलवे बोर्ड

S.No.PC-V/505
PC-V/2011/A/Med./1

RBE No. 83 /2011
New Delhi, dated 7-06-2011

The General Managers (P),
All Zonal Railways & Pus
(As per standard mailing list)

Sub:-Grant of Fixed Medical Allowance revised from ₹100 to ₹300 from 01-09-2008 vide Board's letter No. PC-V/2010/A/Med.1, dated 29-06-2010 to the Railway pensioners/family pensioners-clarifications regarding.

Pursuant to receipt of references from Railway Federations etc. seeking to modify the Undertaking Form annexed with Board's letter No. PC-V/2006/A/Med./1, dated 15-09-2009 (RBE No.168/2009) so as to ensure that the pensioners/family pensioners availing OPD facility for chronic diseases are not deprived of the Fixed Medical Allowance, the matter has been examined and it has been decided to modify the Undertaking Form suitably.

2. The revised Undertaking Form is enclosed. Henceforth, Railway pensioner/family pensioners who opt to claim Medical Allowance should submit the claim for Medical Allowance to the concerned Pension Disbursing Authority in the revised Undertaking Form

3. Hindi version is enclosed.

DA: As above

(P.P.Pandey) 31/5
**Director, Pay Commission – I**
**Railway Board**

PC-V/2011/A/Med./1

New Delhi, dated 7-06-2011

Copy (with 40 spares) forwarded to Deputy Comptroller and Auditor General of India (Railways), New Delhi.

**for Financial Commissioner, Railways**

Hआ 31/01

(पी. पी.पाण्डे)
निदेशक, वेतन आयोग-I
रेलवे बोर्ड

**Annexure-I**

Board's letter No. PC-V/2011/A/Med./1, dated 7-06-2011

## UNDERTAKING FORM

(to be submitted in DUPLICATE by pensioners/family pensioners to his/her Pension Disbursing Authority (PDA) One copy to be retained by PDA and the other copy to be furnished to Pension Sanctioning Authority by PDA)

I________________________ a retired employee/family pensioner whose ________________________________ (specify relation of family pensioner with deceased Railway employee) was an employee of (office address)______________________________ declare that I am residing at (residential address indicated in PPO) ________________________________________, which is beyond 2.5 KMs from the nearest Railway hospital/health unit ______________________ (Name of the Hospital/Health Unit as contained in Annexure-III to Railway Board's letter No. PC-V/98/I/7/1/1, dated 21-4-1999.

2. Accordingly I hereby opt to claim Fixed Medical Allowance of ₹100 and/or ₹300 per month as per prescribed rate. Necessary endorsement may please by made in my PPO in this regard. Simultaneously, I undertake that I will not avail of OPD facilities (except in cases of chronic diseases as mentioned in Board's letter No.2006/H/DC/JCM, dated 12-10-2006) at Railway hospitals/Health Units from the day I claim Medical Allowance. I also understand that grant of Medical Allowance is subject to the terms and conditions specified in Board's letter No. PC-V/98/I/7/1/1 dated 21.4.99 and 1.3.2004 and last being letter No. PC-V/2006/A/Med/1, dated 15-9-2009.

3. I also declare that I have not availed of any treatment as Out Door Patient (except in cases of chronic diseases as mentioned in Para-2 above) for the period from __________________ (indicate here the date of retirement or the date of availing OPD facility on the last occasion or 1.12.1997, whichever is later) to this day__________________ (indicate here the date on which this declaration is signed). I may accordingly be paid arrear of Medical Allowance @ ₹100 and/or ₹300 per month for the period mentioned above as per prescribed rate.

4. The above information furnished by me is correct to the best of my knowledge and belief. I also understand, that, if at any stage, it is found that the undertaking submitted by me is incorrect or carries false information, my FMA is liable to be stopped with immediate effect and further suitable action could be taken to recover the excess amount paid to me

Signature ________________

Name in Full________________
PPO No________________
Issued By ________________
SB A/c No.________________
Post office/Bank________________
Branch________________
Place________________
Date________________

भारत सरकार
रेल मंत्रालय (रेलवे बोर्ड)

क्र.सं. पीसी-V/505
सं. पीसी-V/2011/ए/मेडि./1

आरबीई सं. 83/2011
नई दिल्ली, दिनांक: 7.06.2011

महाप्रबंधक (कार्मिक),
सभी क्षेत्रीय रेलें एवं उत्पादन इकाइयां
(मानक डाक सूची के अनुसार)

विषय:-रेलवे पेंशनर्स/परिवार पेंशनर्स को निर्धारित चिकित्सा भत्ता, जिसे बोर्ड के दिनांक 29.06.2010 के पत्र सं. पीसी-V/2010/ए/मेडि.1 द्वारा 01.09.2008 से ₹100 से संशोधित करके ₹300 किया गया है, प्रदान करने से संबंधित स्पष्टीकरण।

रेलवे फेडरेशनों आदि से प्राप्त पत्रों, जिनमें बोर्ड के दिनांक 15.09.2009 के पत्र सं. पीसी-V/2006/ए/मेडि/1 (आरबीई सं. 168/2009) के साथ संलग्न वचनबद्धता फॉर्म को आशोधित करने की मांग की गई है ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि पुरानी बीमारियों के लिए ओपीडी सुविधा का लाभ लेने वाले पेंशनर्स/परिवार पेंशनर्स निर्धारित चिकित्सा भत्ते से वंचित न हों, के अनुसरण में मामले की जांच की गई है तथा यह विनिश्चय किया गया है कि वचनबद्धता फॉर्म में समुचित आशोधन किया जाए।

2. संशोधित वचनबद्धता फॉर्म संलग्न है। अब से रेलवे पेंशनर्स/परिवार पेंशनर्स जिन्होंने चिकित्सा भत्ते का दावा करने का विकल्प दिया है, संबंधित पेंशन वितरण प्राधिकारी को संशोधित वचनबद्धता फॉर्म में चिकित्सा भत्ते का दावा प्रस्तुत करेंगे।

संलग्नक: यथोक्त।

(पी. पी.पाण्डे)
निदेशक, वेतन आयोग-I
रेलवे बोर्ड

E:\Manoj\General Orders\Fixed Medical Allowance\undertaking hindi version.doc

**अनुलग्नक-I**

बोर्ड का दि. 7 .06.2011 का पत्र सं. पी सी V/2011/ए/मेड/1

(पेंशन भोगी/परिवार पेंशन भोगियों द्वारा उनके पेंशन संवितरक प्राधिकारी को प्रस्तुत दो प्रतियों में प्रस्तुत किया जाए. एक प्रति पेंशन संवितरक प्राधिकारी द्वारा रखी जाए तथा दसूरी प्रति पेंशन संवितरक प्राधिकारी द्वारा पेंशन मंजूर करने वाले प्राधिकारी को भेजी जाएगी)

मैं----------------------------सेवानिवृत कर्मचारी/परिवार पेंशन भोगी --------------------------(मृतक रेल कर्मचारी के साथ परिवार पेंशन भोगी का संबंध स्पष्ट रूप से उल्लेख करें) ------------------- (कार्यालय का पता) का कर्मचारी पर, यह घोषणा करता हूं कि मैं ------------------------- (पेंशन भुगतान आदेश में उल्लिखित रिहायशी पता) पर रहता हूं जो निकटतम रेलवे अस्पताल/स्वास्थ्य इकाइ ---------------- (रेलवे बोर्ड के दिनांक 21.4.1999 के पत्र सं.पी सी V/98/I/7/1/1 के अनुलग्नक में यथावर्णित अस्पताल/स्वास्थ्य इकाई का नाम) या 2.5 कि.मी. से दूर अवस्थित है.

2. तदनुसार, मैं एतद्द्वारा यथानिर्धारित दर 100/- रूपए अथवा 300/-रूपए के निश्चित चिकित्सा भत्ता दावा करने के विकल्प का चुनाव करता हूं. इस संबंध में, मेरे पेंशन भुगतान आदेश में आवश्यक पृष्ठांकन किए जाएं. साथ ही, मैं यह भी घोषणा करता हूं कि मैं चिकित्सा भत्ता दावा करने की तारीख से रेलवे अस्पताल/स्वास्थ्य इकाई में बहिरंग रोगी (OPD) सुविधा (बोर्ड के 12.10.2006 के पत्र सं. 2006/एच/डी सी/जे सी एम में यथोलिखित क्रोनिक बिमारियों के मामलों को छोड़कर) का लाभ नहीं लूंगा. मुझे यह भी विदित है कि चिकित्सा भत्ता प्रदान किया जाना बोर्ड के दिनांक 21.04.1999 व 1.3.2004 तथा इस संबंध में अंतिम पत्र दिनांक 15.9.2009 का सं. पी सी V/2006/ए/मेड/1 में निर्दिष्ट शर्तों एवं निवेधनों के अध्यधीन है.

3. मैं यह भी घोषणा करता हूं कि मैंने (उपरोक्त पैरा 2 में यथा उल्लिखित क्रोनिक बिमारियों के मामलों को छोड़कर) दि. ---------------- (सेवानिवृति की तारीख का उल्लेख करें या अंतिम बार OPD सुविधा का लाभ प्राप्त करने की तारीख या 1.12.1997 जो भी बाद में हो, का उल्लेख करें) से आज तक ------------------- (इस घोषणापत्र हस्ताक्षरित करने की तारीख का उल्लेख करें) की अवधि के दौरान बहिरंग रोगी (OPD) के रूप में इलाज नहीं कराया है. मुझे तदनुसार निर्धारित दर के अनुसार उपरोक्त वर्णित अवधि के लिए 100/-रूपए तथा/अथवा 300/-रूपए की चिकित्सा भत्ते की बकाये की भुगतान की जाए.

4. मेरे द्वारा प्रस्तुत उपरोक्त सूचना मेरी जानकारी एवं निरपवाद के अनुसार यही है. मुझे यह भी ज्ञात है कि यदि बाद में, यह पाया जाता है कि मेरे द्वारा प्रस्तुत की गई घोषणा पत्र त्रुटिपूर्ण है या इसमें गलत सूचना दी गई है तो मेरी निश्चित मेडिकल भत्ता (FMA) तत्काल प्रभाव से रोक दी जाएगी तथा मुझे भुगतान किए गए अधिक्य रकम की वसूली के लिए आगे समुचित कार्रवाई की जा सकती है.

हस्ताक्षर --------------------------------------

पूरा नाम --------------------------------------

पेंशन भुगातन आदेश सं.------------------------

जारीकर्ता --------------------------------------

SB A/c No. ---------------------------------

पोस्ट ऑफिस/बैंक -----------------------------

शाखा ------------------------------------------

स्थान ------------------------------------------

तारीख ------------------------------------------

E:\Manoj\General Orders\Fixed Medical Allowance\undertaking hindi version.doc