

## अवयस्क रोगी परिवार निधि (यंग पेशेंट्स फ़ैमिली फ़ंड, YPF) दावा फ़ॉर्म (YPFF1): भर्तीरोगी (इनपेशेंट) देखभाल में शिशुओं, बच्चों और 18 वर्ष से कम आयु वाले किशोरों के परिवारों के लिए यात्रा, निर्वाह और/या ठहराव-व्यवस्था की लागतें

YPFF स्कॉटलैंड सरकार की एक निधि है जिसे माता/पिता/प्राथमिक देखभालकर्ताओं और साथ में जो भी 18 वर्ष से कम आयु के भाई/बहन हों उनको, अस्पताल में 18 वर्ष से कम आयु के किसी अवयस्क भर्तीरोगी से मिलने आने से जुड़ी लागतों के संबंध में सहायता देने के लिए तैयार किया गया है।

### कौन-कौन से व्ययों का दावा किया जा सकता है

- **परिवहन** - प्रत्येक दावाकर्ता और 18 वर्ष तक की आयु वाले जो भी भाई/बहन साथ हों उनके लिए प्रतिदिन अधिकतम एक आने-जाने की यात्रा के लिए रसीदें प्रस्तुत करने पर सार्वजनिक परिवहन की लागतों की संपूर्ण प्रतिपूर्ति दी जानी चाहिए। केवल मानक दर्जे (स्टैंडर्ड क्लास) की यात्रा का दावा किया जा सकता है। टैक्सी द्वारा यात्रा पर केवल कुछ परिस्थितियों में विचार किया जाएगा, जैसे, सार्वजनिक परिवहन का उपलब्ध न होना या फिर आगंतुक की चिकित्सीय स्थिति के अधीन। यात्रा से पहले क्लीनिकल स्टाफ़ से टैक्सी यात्रा की स्वीकृति लेना आवश्यक है। एक ही दिन में अलग-अलग अस्पताल आ रहे प्रत्येक दावाकर्ता के लिए प्रतिदिन अधिकतम एक आने-जाने की कार यात्रा के लिए प्रचलित माइलेज दर\* प्रतिमील की दर से ईंधन की लागत के मद में अंशदान की प्रतिपूर्ति की जाएगी। यदि सभी दावाकर्ता साथ आ रहे हैं, तो केवल एक आने-जाने की यात्रा की लागत का दावा किया जाना चाहिए।
- **भोजन और निर्वाह** - भोजन और गैर-एल्कोहली पेयों के लिए प्रत्येक पात्र आगंतुक अधिकतम £8.50 के अंशदान का दावा किया जा सकता है। भोजन और निर्वाह को अस्पताल परिसर से बाहर खरीदा जा सकता है।
- **पार्किंग** - कार पार्किंग की संपूर्ण लागतों का दावा रसीदें जमा करके किया जा सकता है।
- **ठहराव-व्यवस्था** - ऐसी अपवाद स्वरूप परिस्थितियों में जहाँ अस्पताल में ठहराव-व्यवस्था उपलब्ध न हो वहाँ, उचित रात्रिकालीन ठहराव-व्यवस्था लागतों में अंशदान की प्रतिपूर्ति दी जाएगी।

\*प्रतिपूर्ति की दर HMRC सलाह ईंधन दर (एडवाइज़री फ़्युएल रेट) पर आधारित है। आप इसे यहाँ देख सकते हैं:

<https://www.gov.uk/government/publications/advisory-fuel-rates>.

### दावा करना

YPFF(1) फ़ॉर्म संलग्न है, अन्य फ़ॉर्म अस्पताल वार्डों, क्लीनिकों और केश ऑफ़िसों में उपलब्ध हैं या डाउनलोड किए जा सकते हैं। फ़ॉर्म एक दावाकर्ता द्वारा भरा जाना चाहिए और फ़ॉर्म में दिए गए विवरण के अनुसार उसे हस्ताक्षरित व प्रमाणित होना चाहिए। इसमें आपके शिशु, बच्चे या अवयस्क व्यक्ति की देखभाल करने वाले संबंधित चिकित्सीय पेशेवर की ओर से प्रमाणन शामिल है। अलग-अलग व्यक्ति अपने अलग-अलग दावे कर सकते हैं या कोई एक व्यक्ति सभी पात्र आगंतुकों के लिए एक ही फ़ॉर्म का प्रयोग करके एक दावा कर सकता है, जैसे अवयस्क भर्तीरोगी की माता अपनी ओर से, उसके पिता की ओर से और उसके भाई/उसकी बहन की ओर से दावा प्रस्तुत कर सकती है।

दावे अस्पताल में किसी जारी ठहराव के दौरान क्रमिक ढंग से (जैसे, हर सप्ताह) जमा किए जा सकते हैं या फिर जिस वार्ड में बच्चे या अवयस्क व्यक्ति को जारी उपचार मिल रहा है वहाँ से छुट्टी मिलने के बाद संपूर्ण ठहराव के लिए एक बार में पूरा दावा किया जा सकता है।

अस्पताल से रोगी को छुट्टी मिलने से तीन माह के अंदर दावे जमा कर दिए जाने चाहिए। इस अवधि के बाद में किए गए दावों पर, बहुत अपवाद स्वरूप परिस्थितियों को छोड़कर, प्रतिपूर्ति हेतु विचार नहीं किया जाएगा।

**फ़ॉर्म पूरे भरकर उन्हें प्रतिपूर्ति के लिए उपचारी अस्पताल के अंदर केश ऑफ़िस को सौंप देना चाहिए।**

निधि के संपूर्ण नियम व शर्तें

<https://www.mygov.scot/young-patients-family-fund-terms-conditions>

पर उपलब्ध हैं।



# YPFF (1) दावा फ़ॉर्म

## खंड 1: व्यक्तिगत विवरण: दावाकर्ता द्वारा (या उसकी ओर से) भरे जाने के लिए

रोगी का नाम (यदि शिशु का नामकरण नहीं हुआ है तो शिशु का कुलनाम लिखें)

भर्ती के समय रोगी की आयु:

रोगी का जन्म दिनांक:

यदि आप किसी नवजात इकाई में देखभाल पा रहे शिशु को देखने आने के संबंध में दावा कर रहे हैं तो सही का निशान लगाएँ

दावाकर्ता का नाम:

दावाकर्ता का पता:

डाक कोड:

संपर्क फोन नंबर:

रोगी से संबंध: माता/पिता/प्राथमिक देखभालकर्ता

18 वर्ष से कम आयु का/की के भाई/बहन

संख्या

(यदि एक से अधिक पात्र आगतुक के लिए दावा कर रहे हों तो कृपया लागू होने वाले सभी पर सही के निशान लगाएँ और दावा कर रहे माता/पिता/प्राथमिक देखभालकर्ताओं और/या भाई/बहन की संख्या स्पष्ट करें)

बैंक विवरण (केवल तब भरें जब आप बैंक ट्रांसफ़र द्वारा भुगतान चाहते हों और अस्पताल के पास उक्त ट्रांसफ़र को प्रोसेस करने की सुविधा हो।)

खाताधारक(कों) का/के नाम:

बैंक/बिल्डिंग सोसायटी का नाम:

शाखा का सॉर्ट कोड:

बैंक/बिल्डिंग सोसायटी की खाता संख्या:

## खंड 2: रोगी का विवरण: दावाकर्ता द्वारा (या उसकी ओर से) भरे जाने के लिए

उपचारी अस्पताल:

वार्ड संख्या/नाम:

परामर्शदाता का नाम:

(यदि लागू हो तो)

भर्ती दिनांक:

भर्ती समय:

छुट्टी दिनांक:

(यदि लागू हो तो)

छुट्टी समय:

(यदि लागू हो तो)

## खंड 3: प्राधिकरण: अस्पताल स्टाफ़ द्वारा भरे जाने के लिए

मैं पुष्टि करता/ती हूँ कि ऊपर नामित रोगी खंड 2 में लिखित दिनांकों को इस अस्पताल में भर्तीरोगी है/था:

हस्ताक्षर:

मुद्रित नाम:

पद:

दिनांक:

अस्पताल स्टाफ़ के प्राधिकृत सदस्य का हस्ताक्षर:

**खंड 5: दावे का विवरण, दावाकर्ता द्वारा (या उसकी ओर से) भरे जाने के लिए**

दिनांक	व्यय का प्रकार (जैसे, कार/बस/ भोजन)	वह पात्र आंगतुक जिससे दावा संबंधित है (माता/पिता, प्राथमिक देखभालकर्ता या 18 वर्ष से कम आयु का भाई/की बहन - दावाकर्ता जहां उपयुक्त हो वहां प्रतिपंक्ति एक से अधिक पात्र आंगतुक का उल्लेख कर सकते हैं)	व्यय का विवरण	भोजन और निर्वाह (अधिकतम £8.50 प्रतिव्यक्ति प्रतिदिन)	माइलेज	दावित राशि
उदाहरण: 01/01/18	कार		घर के पते से अस्पताल तक आने-जाने की कार यात्रा		14p प्रतिमील की दर से 10 मील	£1.40
01/01/18	भोजन	माता/पिता/प्राथमिक देखभालकर्ता और 18 वर्ष से कम आयु का/की/के भाई/बहन	अस्पताल में मुलाकात के दौरान खरीदे गए भोजनों की लागत।	3		£25.50
			कुल			

## खंड 5: दावाकर्ता द्वारा (या उसकी ओर से) घोषणा व हस्ताक्षर

मैं प्रमाणित करता/ती हूँ कि मैंने यात्रा एवं निर्वाह के उन नियमों व शर्तों को पढ़ व समझ लिया है जिनके तहत मैं इन व्ययों का दावा कर रहा/ही हूँ। मैं पुष्टि करता/ती हूँ कि यह दावा इन नियमों व शर्तों का अनुपालन करता है। मैं प्रमाणित करता/ती हूँ कि मैं इस फ़ॉर्म में दी गई रूपरेखा के अनुसार भर्तीरोगी देखभाल प्राप्त कर चुके या कर रहे शिशु, बच्चे या अवयस्क व्यक्ति की माता/का पिता/देखभालकर्ता या 18 वर्ष से कम आयु का भाई/की बहन हूँ और मैं घोषणा करता/ती हूँ कि मेरे द्वारा इस फ़ॉर्म में दी गई जानकारी सही व पूर्ण है और यह कि मैंने इस फ़ॉर्म में वर्णित व्ययों के लिए कहीं और दावा नहीं किया है।

मैं समझता/ती हूँ कि यदि मैं जानबूझकर झूठी जानकारी देता/ती हूँ तो इसके फलस्वरूप कानूनी कार्रवाई की जा सकती है और मुझ पर मुकदमा किया जा सकता है और दीवानी वसूली की कार्यवाही की जा सकती है। मैं इस दावे के सत्यापन और घोखाधड़ी की जाँच, रोकथाम, उसका पता लगाने तथा उसके विरुद्ध मुकदमा करने के प्रयोजनों से, इस फ़ॉर्म से प्राप्त जानकारी का प्रकटन NHS स्कॉटलैंड व घोखाधड़ी रोधी सेवाओं (काउंटर फ़्रॉड सर्विसेज़) के समक्ष व उनके द्वारा किए जाने पर सहमत हूँ।

हस्ताक्षर:

दिनांक:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

अस्पताल से छुट्टी मिलने से 3 माह के अंदर दावे प्रस्तुत कर दिए जाने चाहिए और उन्हें उपचारी अस्पताल के कैश ऑफ़िस को सौंप देना चाहिए

## खंड 6: केवल ऑफ़िस उपयोग के लिए

मैंने ऊपर यथा वर्णित इस दावे के विवरण जाँच लिए हैं और मैं एतद्वारा £ के भुगतान को अधिकृत करता/ती हूँ।

हस्ताक्षर:

पद:

दिनांक:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---