

प्रपत्र संख्या 07/ Form No.07	एचआर-2 (एचसीएम-2)/HR-2 (HCM-2) चिकित्सा दावा प्रपत्र – यात्रा भत्ता MEDICAL CLAIM FORM - TRAVELLING ALLOWANCE	भारतीय प्रौद्योगिकी संस्थान मुंबई पवई, मुंबई महाराष्ट्र, भारत. INDIAN INSTITUTE OF TECHNOLOGY BOMBAY Powai, Mumbai-400076 Maharashtra, India.
----------------------------------	--	--

I. दावेदार की जानकारी / Information of the Claimant		
दावेदार का नाम / Claimant's Name	पदनाम / Designation	विभाग / Department

एसएपी आईडी SAP ID	वेतन स्तर Pay level	गतिमान क्रमांक /Mobile. No.	ई-मेल आई डी Email- ID

II. यात्रा का विवरण / Particulars of Journey							
प्रस्थान / Departure			आगमन/ Arrival		यात्रा प्रकार Mode of Journey	भाड़ा (रु.) Fare Amount (INR)	टिप्पणियाँ Remarks
क्र.सं Sr. No.	स्थान से Place From	दिनांक Date	स्थान तक Place To	दिनांक Date			

दावा की गई कुल राशि: / Total Amount Claimed :

प्रमाणित किया जाता है कि बिल में दर्शाया गया सड़क यात्रा का अंतर, मेरी जानकारी और विश्वास सही पाया गया है। /

Certified that distances for road/air/rail journeys shown in the bill are correct to the best of my knowledge and belief.

प्रमाणित किया जाता है कि यह यात्रा सबसे नज़दीकी एवं सस्ते मार्ग से की गई है। /

Certified that the journey were performed by the shortest and cheapest route.

प्रत्येक यात्रा की दूरी 8 कि.मी से अधिक थी। /

The distance traveled is more than 8 kilometers each way.

इस बिल में उल्लिखित यात्रा दावा पूर्व में अधिमाम्य नहीं किया गया। /

The claim for journeys mentioned in this bill has not been preferred before.

यह यात्रा, उसी शहर में ही की गई है। / The Journey is undertaken within the same city.

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने इस संस्थान या किसी अन्य स्थान से निःशुल्क यात्रा का लाभ प्राप्त किया है/प्राप्त नहीं किया है। / Certified that I have/have not availed of free transport of this Institute or of any one else.

दावेदार के हस्ताक्षर / Claimant's Signature
प्रतिहस्ताक्षरित / Countersigned

