

# उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लिमिटेड

(उ0प्र0 सरकार का उपक्रम)

## U.P. Power Corporation Limited

(Govt. of Uttar Pradesh Undertaking)

CIN : U32201UP1999SGC024928

शक्ति भवन विस्तार, 14-अशोक मार्ग, लखनऊ-226001

संख्या:-4594-औसं/2018-11(4)एफ0/86(वो-1।)

दिनांक: 3 दिसम्बर, 2018

### कार्यालय ज्ञाप

कारपोरेशन के कार्यालय ज्ञाप संख्या-2053-औसं/2012-11(4)एफ0/86(वो-1।) दिनांक 10.07.2012 द्वारा कारपोरेशन के कार्मिकों व उनके आश्रितों को चिकित्सालय में भर्ती होकर उपचार कराने में हुए व्यय की प्रतिपूर्ति अनुमन्य किये जाने हेतु अनिवार्यता प्रमाण-पत्र का प्रारूप निर्धारित किया गया है।

उक्त के सम्बन्ध में एतद्वारा सरकारी/निजी चिकित्सालयों में भर्ती रहकर कैशलेस/सामान्य चिकित्सा कराने में हुए व्यय की प्रतिपूर्ति अनुमन्य किये जाने हेतु भरा जाने वाला अनिवार्यता प्रमाण-पत्र (ESSENTIALITY CERTIFICATE) का प्रारूप आयकर अधिनियम के Rule-3 (a) के दृष्टिगत संशोधित किया जाता है।

संशोधित अनिवार्यता प्रमाण-पत्र (ESSENTIALITY CERTIFICATE) का प्रारूप संलग्न है।

### प्रबन्ध निदेशक

संख्या:-4594-औसं/2018-तददिनांक :

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवम् आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित :-

- 1- अध्यक्ष/प्रबन्ध निदेशक, उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लिमिटेड, शक्ति भवन लखनऊ के निजी सचिव।
- 2- प्रबन्ध निदेशक, उ0प्र0 राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि0/उ0प्र0 जल विद्युत निगम लि0, शक्ति भवन विस्तार, लखनऊ।
- 3- निदेशक (का0प्र0 एवं प्रशा0)/(वितरण)/(वित्त)/(वाणिज्य)/(कारपोरेट प्लानिंग), उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लि0, शक्ति भवन लखनऊ।
- 4- प्रबन्ध निदेशक, विद्युत वितरण निगम लिमिटेड, मध्यांचल, लखनऊ/पूर्वांचल, वाराणसी/ पश्चिमांचल, मेरठ/दक्षिणांचल, आगरा एवम् केस्को, कानपुर।
- 5- निदेशक (आपरेशन)/(प्रोजेक्ट)/(कार्मिक प्रबन्ध), उ0प्र0 पावर ट्रान्समिशन कारपोरेशन लि0, शक्ति भवन, लखनऊ।
- 6- अध्यक्ष, विद्युत सेवा आयोग/जॉच समिति-प्रथम/द्वितीय, उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लि0।
- 7- मुख्य अभियन्ता (जल-विद्युत), उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लिमिटेड, शक्ति भवन, लखनऊ।
- 8- समस्त मुख्य अभियन्ता (वितरण/पारेषण), को इस अभ्युक्ति के साथ प्रेषित कि वे अपने स्तर से उक्त आदेश की प्रति अपने अधीनस्थ सभी सम्बन्धित अधीक्षण अभियन्ता/अधिकासी अभियन्ता को उपलब्ध करा दें।
- 9- महाप्रबन्धक/उप महाप्रबन्धक (औ0सं0)/समस्त वरिष्ठ कार्मिक अधिकारी/कार्मिक अधिकारी, उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लिमिटेड।
- 10- समस्त अपर सचिव/संयुक्त सचिव/उप सचिव/अनु सचिव/मुख्य महाप्रबन्धक/महाप्रबन्धक/उप महाप्रबन्धक (लेखा/वित्त/कारपोरेट टैक्स), उप-मुख्य एवं वरिष्ठ लेखाधिकारी/लेखाधिकारी (वेतन एवं लेखा), उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लिमिटेड।

Nal

कमश: 2...../-



(2)

- 11- समस्त अनुभाग अधिकारी/निजी सचिव, प्रशासनिक एवं लेखा स्कन्ध, उ०प्र० पावर कारपोरेशन लिमिटेड।  
12- अधिशासी अभियन्ता (वेब), कक्ष सं०-407, शक्ति भवन विस्तार को कारपोरेशन की वेबसाइट [www.uppcl.org](http://www.uppcl.org) पर अपलोड करने हेतु।  
13- सलाहकार (चिकित्सा), उ०प्र० राज्य विद्युत उत्पादन निगम लिमिटेड, शक्ति भवन, लखनऊ।  
14- सूचीबद्ध समस्त चिकित्सालय।  
15- सचिव, विद्युत पेंशनर्स परिषद (उ०प्र०), 103 कीर्ति अपार्टमेन्ट स्टेशन रोड, लखनऊ।  
16- कट फाइल।  
संलग्नक :- यथोपरि।

Nat Mathur  
(नवनीत माथुर) 3/12/18

वरिष्ठ कार्मिक अधिकारी





## FORM OF ESSENTIALITY CERTIFICATE

### U.P Power Corporation Limited

(To be completed in case of patient admitted to Hospital for treatment)

1. Name of Patient :
2. Name and designation  
Of Employee  
on whom dependent :
3. Relationship of Patient  
with employee :
4. Pay scale of the employee :
5. Office of posting :

Paste Photo  
of Patient

Photo of the Patient  
Verified by Authorised Doctor

I, Dr.....hereby certify that :-

1. The above patient was admitted for treatment of.....  
(disease) at.....(Hospital) .....(Name  
of Place)..... (date) on my advice/on the advice of  
Dr ..... And has been discharged from the  
hospital on .....

#### **Fill (b) and (c) if applicable:**

(b) The above Disease is prescribed in rule 3 (a) of Income Tax Act 1961 and we  
are approved by Principle Chief Commissioner/Chief  
Commissioner (Income Tax) for the purpose of treatment of disease of mentioned  
under rule 3 (a) with the effect from date -----till  
Date -----

(c) The hospital [tick as applicable] ( ) maintained by the Government/( )  
maintained by local authority/ ( ) approved by government for the purpose of  
treatment of its employees.

2. The under mentioned medicines prescribed by me during the period of  
hospitalization and there after (up to a maximum of 15 days) after release from the  
hospital) were essential for the treatment/ recovery/ prevention of the serious  
deterioration in the condition of the patient, vouchers for which have been verified.  
These medicines/ injections do not include prescriptions which are of food/ nutritive  
value and of toiletry disinfectant and prophylactic.

Sl. No.	Name of Medicine	Quantity	Cost in Rs.
---------	------------------	----------	-------------

Total Cost Rs.

NAL  
3.12.18 2/-



3. The accommodation was provided to the patient in private/general ward of this hospital as is ordinarily provided to the inpatients of the employee's status, for which he had been charged at the rate Rs. ....per day From .....to .....(date) . This does not include/ inculudes diet charges of the patient @ Rs. ....per day.

4. The X-ray/laboratory tests etc, on which an expenditure of Rs ..... was incurred, were necessary and were undertaken on my advice. The same are at the schedules rates of the Government hospitals / laboratory.

5. The services of special nurse were essential for the recovery / prevention of serious deterioration in the condition of the patient, for the period from .....to .....(date). on which an expenditure of Rs. ....was incurred.

6. The operation and/or other hospital charges totaling Rs.....have been incurred on the treatment of the patient.

7. The services of Dr .....were essential for specialized consultation, on which an amount of Rs ..... has been incurred.

Signature of employee/Pensioner

Signature of Authorised  
Medical Attendant with Seal

N42  
3-12-18