



# COMMISSIONERATE OF MINES

GOVT OF KHYBER PAKHTUNKHWA

ATTACHED DEPARTMENT COMPLEX, KHYBER ROAD, PESHAWAR

Phone: 091-9211723

## APPLICATION FORM FOR REIMBURSEMENT OF MEDICAL CHARGES TO MINE LABOURS

1. Name of Mine Labour \_\_\_\_\_ CNIC No. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
ماڻھ لائبر ڪانام \_\_\_\_\_ نياڻي ڪارڊ نمبر \_\_\_\_\_
2. Father Name \_\_\_\_\_  
(والد ڪانام)
3. Address: \_\_\_\_\_  
(پتو)
4. Contact/Phone No. \_\_\_\_\_  
(رابطو نمبر)
5. Monthly Income. \_\_\_\_\_  
(ماهان آمدني)
6. EOBI Registration No. \_\_\_\_\_  
انسٽيٽيوٽ آف ايمپلويٽي ريجسٽريشن نمبر
7. Name of Employer/ Mine Owner \_\_\_\_\_  
with full address. \_\_\_\_\_  
(آجر/ مالڪ ماڻھ ڪانام ۽ پتو)
8. Contact/Phone No. of Employer/ Mine Owner \_\_\_\_\_  
(آجر/ مالڪ ماڻھ ڪانام نمبر)
9. a. Disease for which reimbursement of medical charges claimed. \_\_\_\_\_  
b. Name of Govt Hospital in which admitted as indoor patient \_\_\_\_\_  
From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
c. Details of expenditures (supported by documents) incurred on treatment during the period given above \_\_\_\_\_

I solemnly affirm that the above particulars are true/correct to the best of my knowledge and belief.

Date \_\_\_\_\_

تاريخ

Signature of Applicant/Mine Labour

درخواست گزار ماڻھ لائبر

### CERTIFICATE OF EMPLOYMENT

Certified that Mr. \_\_\_\_\_ S/O \_\_\_\_\_ is working as mine labour within my leased area No. \_\_\_\_\_ since \_\_\_\_\_. He has contracted disease during work and has incurred a sum of Rs. \_\_\_\_\_/- on his treatment in a government hospital. His monthly income is Rs. \_\_\_\_\_/-

I undertake to make a report to the Commissionerate of Mines Khyber Pakhtunkhwa if he ceases to be my employee at any stage.

Date \_\_\_\_\_

Signature of Mine Owner  
with seal

**CERTIFICATE FROM MEDICAL SUPERINTENDENT WHERE THE APPLICANT WAS HOSPITALIZED.**

Certified that Mr. \_\_\_\_\_ Son of \_\_\_\_\_ was suffering from \_\_\_\_\_ and was treated as indoor patient since \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_. He has incurred a sum of rupees \_\_\_\_\_ on his medical treatment as per details given in para 9(c) above. The applicant has not received any reimbursement of medical charges from any other source to the best of my knowledge. His case is genuine.

Dated \_\_\_\_\_

Signature of Medical Superintendent  
with official seal.

VERIFIED BY

Senior Inspector of Mines/Inspector of Mines

Office Seal

Date \_\_\_\_\_

شرائط و ضوابط:

- 1- درخواست فارم ہر لحاظ سے مکمل ہونا چاہیے۔ مکمل درخواستیں قابل قبول نہ ہوں گی۔
- 2- Reimbursement of Medical Charges صرف سرکاری ہسپتال میں علاج کرانے کی صورت میں ہی دیا جائیگا۔ پرائیویٹ ہسپتال میں علاج کرنے والے درخواست دینے کے اہل نہیں ہوں گے۔
- 3- کسی اور ادارے / محکمہ سے Reimbursement of Medical Charges وصول کرنے والے مزدور اس سکیم کے لئے اہل نہیں ہوں گے۔
- 4- مائن لیبر درخواست فارم کے ساتھ میڈیکل سپرنٹنڈنٹ کے تصدیق شدہ میڈیکل بلز وغیرہ لازمی منسلک کریں۔
- 5- مائن لیبر کی قومی شناختی کارڈ کی تصدیق شدہ کاپی اور متعلقہ مائن اوڈر / مائننگ فرم کی طرف سے جاری کردہ تعیناتی لیو اسروں کارڈ کی تصدیق شدہ کاپی درخواست کے ساتھ منسلک ہونی چاہیے۔
- 6- مائن لیبر، مائننگ ایکٹ 1923 کے تحت دی گئی ملازم کی تعریف پر پورا اترتا ہو۔
- 7- مائن لیبر کی قواعد / ایگریمنٹ (کان کنی) 1950 کے تحت اندراج کے مصدقہ نقل نیز مجموعی قواعد کان کنی 1952 کے تحت شیڈول A میں اندراج کی مصدقہ نقل درخواست کے ساتھ منسلک ہونی چاہیے۔
- 8- مطلوبہ دستاویزات کی عدم فراہمی کی صورت میں درخواست فارم مسترد کئے جائیں گے۔
- 9- درخواست گزار سٹامپ پیپر پر بیان حلفی دے گا کہ اگر درخواست فارم میں دی گئی معلومات غلط پائی گئیں تو وہ Reimbursement of Medical Charges کی مدد میں وصول شدہ رقم کا دوگنا رقم کمشنریٹ آف مائننگ کا واپس کرنے کا پابند ہوگا۔
- 10- درخواستیں متعلقہ سینئر انسپکٹر آف مائننگ / انسپکٹر آف مائننگ کے توسط سے کمشنر مائننگ لیبر و مینجمنٹ خیر پختہ خواہ کے دفتر واقع خیبر روڈ ڈنڈہ جوڈیشل کمپلیکس، ڈائریکٹریٹ جنرل مائننگ میں جمع کرنا ہوں گے۔