

चिकित्सा सुविधा ग्रहण करने के लिए परिवार/आश्रितों की घोषणा (दिनांक को)

DECLARATION OF FAMILY/DEPENDANTS FOR AVAILING MEDICAL BENEFIT (As on date

1. कर्मचारी/पेंशनर का नाम एवं पदनाम :
Name & Designation of the Employee/Pensioner
2. प्रभाग/अनुभाग/कार्यालय (Division/Section/Office) :
3. कर्मचारी ईआरपी संख्या/पेंशनर की पी.पी.ओ. संख्या सेवानिवृत्ति तिथि सहित :
Employee ERP No. / PPO No. of the Pensioner with retirement Date
4. स्वयं कर्मचारी एवं परिवार* के सदस्यों का ब्यौरा जिनके लिए चिकित्सा लाभ का दावा किया जाना है :-
Particulars of Self and Family* members for whom the medical benefit is claimed.

क्र. सं. Sl. No.	नाम Name	संबंध Relation	जन्म दिनांक/ आयु DOB/Age	विवाहित हैं या अविवाहित Marital Status	यदि सेवारत/पेंशनर हैं तो मासिक आय If Employed /Pensioner Monthly Income	पता Address

Note : *Family's definition to read as per Section 4 of CS(MA) Rules 1944 vide which the income limit for dependence of the family members(other than spouse) is Rs. 9,000 plus Dearness Relief and the parents residing with either the government servant or the rest of the family members in a station other than the employee's headquarters. Hence the supporting documents of parents related to income/address/employment viz. Income Certificate issued by competent State Authority, PPO/retirement dues letter, Aadhar Card, Last Three Income Tax Returns, PAN Card, Ration Card, Voter ID etc whichever is applicable may be submitted alongwith this form)

5. सेवारत पति/पत्नी के कार्यालय/धारित पद/वेतनमान आदि का पूरा ब्यौरा जहां पति/पत्नी कार्यरत हैं:
Full details of the office/post held/pay scale etc. of the spouse where the spouse is working

.....
.....
.....

(यदि आप अपने सेवारत पति/पत्नी के लिए चिकित्सा संबंधी लाभ सीआईईई से प्राप्त करना चाहते हैं, तो संयुक्त घोषणा निर्धारित प्रारूप पर अलग से दें। If you desire to avail the medical benefit from CIAE in respect of your serving spouse a joint declaration in prescribed format should be enclosed separately)

घोषणा (Declaration)

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूं कि उपरोक्त सभी घोषित परिवार के सदस्य(मेरी पत्नी/पति को छोड़कर) की पेंशन/भू संपत्ति या अन्य किसी माध्यम से आय प्रति माह 9000/- एवं देय डीआर की स्वीकार्य राशि के योग से कम है और उपरोक्त सभी परिवार के सदस्य मुझ पर आश्रित हैं। मुझे यह भलीभांति विदित है कि यदि मेरे द्वारा प्रस्तुत की गई जानकारी/मेरी पात्रता अन्यथा गलत पाई जाती है तो मेरे विभाग के द्वारा मेरे खिलाफ नियमानुसार कार्यवाही की जा सकती है।

I hereby declare that all the above declared family members(except my wife/husband) are having monthly income less than Rs. 9,000 plus Dearness Relief either from pension/land property or any other mode and all above family members are dependent upon me. I am aware that if the information submitted by me/my eligibility is otherwise found to be incorrect then disciplinary action could be taken against me by my department as per rules.

दिनांक (Date) :

कर्मचारी/पेंशनर के दिनांक सहित हस्ताक्षर

Signature of the Employee/Pensioner with Date

संपर्क दूरभाष/मोबाइल नंबर (Contact No.) :

परिशिष्ट-ब (Appendix-B)

चिकित्सा सुविधा ग्रहण करने के लिए संयुक्त घोषणा (Joint declaration for availing medical benefits)
(पत्नी एवं पति दोनों के सेवा में होने की स्थिति में भरा जाना है/To fill in if both the spouses are working)

1.	कर्मचारी का नाम एवं पदनाम Name & Designation of the Employee	
2.	प्रभाग/अनुभाग/कार्यालय Division/Section/Office)	
3.	कर्मचारी के पत्नी/पति का नाम, पद एवं उस कार्यालय/संगठन का नाम/ब्यौरा जिसमें वे सेवारत हैं (Name, designation of spouse(wife/husband) of the employee with the name/details of office/organization in which spouse is working)	
4.	अपने सेवा प्रदाता से क्या पत्नी या पति/काई निर्धारित चिकित्सा भत्ता प्राप्त कर रहे हैं या कोई चिकित्सा लाभ अपने सेवा प्रदाता से प्राप्त कर रहे हैं या किसी चिकित्सा बीमा के धारक हैं Whether the spouse is drawing medical allowance from his/her employer or Availing any medical benefit from his/her Employer or covered under any medical insurance.	
5.	अन्य कोई जानकारी /Any other information :	

कर्मचारी के हस्ताक्षर/Signature of the Employee

संयुक्त घोषणा (Joint Declaration)

हम यह प्रमाणित करते हैं कि उपरोक्त ब्योरे सही हैं। हम सीआईईई से चिकित्सा लाभ ग्रहण करेंगे और यहीं बिल प्रस्तुत करेंगे। हम किसी अन्य कार्यालय/संगठन से कोई भी चिकित्सा प्रतिपूर्ति का दावा नहीं करेंगे। मुझे यह भलीभांति विदित है कि यदि मेरे द्वारा प्रस्तुत की गई जानकारी/मेरी पात्रता अन्यथा गलत पाई जाती है तो मेरे विभाग के द्वारा मेरे खिलाफ नियमानुसार कार्यवाही की जा सकती है।

We hereby declare that the above particulars are correct. We will avail the medical benefits from ICAR-CIAE and present/submit the bills here. We will not claim any medical reimbursement from any other office/organization. I am aware that if the information submitted by me/my eligibility is otherwise found to be incorrect then disciplinary action could be taken against me by my department as per rules.

अन्य विभाग में सेवारत पत्नी/पति के हस्ताक्षर (नाम एवं दिनांक सहित)
Signature of the spouse(with name & date)

कर्मचारी के हस्ताक्षर (नाम एवं दिनांक सहित)
Signature of the Employee (with name & date)