

तीन प्रतियों में प्रस्तुत किया जाये (भापअ केन्द्र के कर्मचारियों के अलावा अन्य के मामले में चार प्रतियों में)
To be submitted in triplicate (Quadruplicate in case of employees other than BARC)

भाभा परमाणु अनुसंधान केन्द्र
BHABHA ATOMIC RESEARCH CENTRE
(अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना)
(CONTRIBUTORY HEALTH SERVICE SCHEME)

सीएचएसएस के अंतर्गत पंजीयन हेतु आवेदन- सेवानिवृत्त कर्मचारियों के लिए
Application for registration under CHSS -Retired officials

नाम Name	पदनाम Designation	वेतन बैंड में वेतन Pay in Pay Band	ग्रेड वेतन Grade Pay	प्रभाग/इकाई Division/Unit
सीएचएसएस सं./CHSS No. औषधालय का नाम Dispensary Name	आवासीय पता Residential address: स्थानीय Local	स्थायी पता Permanent address:-		
सेवा निवृत्ति की तारीख/ भर्ती का प्रकार Date of retirement/ Nature of Retirement	पिन कोड Pin-code मोबाइल नम्बर Mobile No.	पिन कोड Pin-code टेलीफोन नम्बर: Tel.No:		

पूज्य की अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना के अंतर्गत मुझे एवं मेरे परिवार के निम्नलिखित सदस्यों को सुविधा दी जाये:

The benefits of the Contributory Health Service Scheme of the DAE may be extended to me and the following members of my family:-

क्रम संख्या Sl.No.	नाम Name	संबंध Relationship	जन्म तारीख Date of birth	व्यवसाय एवं आय यदि कोई हो Occupation and income, if any
		स्वयं Self		

- I. मैं एतद्द्वारा प्रमाणित करता हूँ कि:
मेरे परिवार के उपरोक्त उल्लिखित सदस्य पंजीकरण हेतु निर्धारित सभी शर्तें पूरी करते हैं
I hereby certify that:
Members of my family mentioned above fulfil the conditions prescribed for registration.
- II. मैं एतद्द्वारा वचन देता हूँ कि मैं लागू नियमों के अनुसार सेवानिवृत्ति के पूर्व मेरे द्वारा आहरित किये जाने वाले वेतन के अनुसार अपना अंशदान जमा करूंगा।
I hereby undertake to deposit my contributions as per the pay drawn by me prior to retirement as rule in force.
- III. मैं जानता हूँ कि मैं तथा मेरे परिवार के सदस्य मुंबई में उपचार की सुविधा ले सकेंगे।
I understand that myself and my family members can avail of the treatment at Mumbai.
- IV. स्वयं के दो फोटो तथा प्रत्येक लाभार्थी का दो-दो फोटो
Two photos of self & Two photos of each beneficiary.

हस्ताक्षर Signature _____

दिनांक Date _____

(स्थापना अनुभाग/प्रशासन अनुभाग द्वारा भरा जाये)
(To be completed by Estt.Section/Administration section)

प्रमाणित किया जाता है कि _____ ने सेवानिवृत्ति से पूर्व विभाग में न्यूनतम पाँच वर्ष की सेवा पूरी की है। सेवानिवृत्ति के समय कर्मचारी का वेतन तथा महंगाई वेतन रु. _____ प्रतिमाह था और उन्होंने _____ वर्ष की निवृत्त अर्हक सेवा की है।

Certified that _____ has put in a minimum of five years of service in the Department prior to retirement. The employee's Pay in Pay Band + Grade Pay at the time of retirement was Rs. _____ p.m. and he/she has put in _____ years of net Qualifying Service.

स्थापना /प्रशा. अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of Estt.Officer/Adm.

सहा. कार्मिक अधिकारी (सीएचएसएस, बीएआरसी अस्पताल)
Asstt. Personnel Officer (CHSS, BARC Hosp.)

(सीएचएसएस कार्यालय में भरा जाये)
(To be completed in CHSS Office)

श्री/श्रीमती _____ को कृपया दिनांक _____ से सेवानिवृत्त कर्मचारी के रूप में सीएचएसएस में शामिल किया जाये।

Shri/Smt. _____ may please be admitted in CHSS as a retired employee w.e.f. _____.

प्रशा.अधि.II/सहा. कार्मिक अधि., सीएचएसएस
AO-II/ APO, CHSS

सहा. लेखा अधिकारी, लेखा (आयुर्विज्ञान)
A.A.O., Accounts (Medical)

(इकाई के लेखा अधिकारी द्वारा भरा जाये)
(To be completed by Accounts Officer of the Unit)

प्रमाणित किया जाता है कि दिनांक _____ की रसीद संख्या/चैक संख्या _____ द्वारा दिनांक _____ से _____ तक की अवधि /आजीवन सदस्यता हेतु अंशदान की पहली किस्त के रूप में रु. _____ की धनराशि प्राप्त की।

Certified that an amount of Rs. _____ has been received as the first instalment to cover contributions for the period from _____ to _____ / life Membership vide Receipt No./Cheque No. _____ dated _____.

सहायक लेखा अधिकारी (चिकित्सा)/इकाई
Asstt. Accounts Officer (Medical)/Unit

प्रशा.अधि.II/सहा. कार्मिक अधि., सीएचएसएस
AO-II/ APO, CHSS