

भाभा परमाणु अनुसंधान केंद्र
BHABHA ATOMIC RESEARCH CENTRE
(अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना/ Contributory Health Service Scheme)
दिवंगत कर्मचारी के हितग्राहियों के लिए सीएचएसएस कार्ड हेतु आवेदन
Application for CHSS card for beneficiaries of deceased employee

भाग I: दिवंगत कर्मचारी के हितग्राही द्वारा भरा जाए / PART I : To be filled in by the Beneficiary of the deceased employee

दिवंगत कर्मचारी का नाम /Name of Deceased Employee: दिवंगत श्री. /श्रीमती/Late Shri./Smt.

दिवंगत कर्मचारी का विवरण Details of Deceased Emp.	पदनाम Designation	प्रभाग/ अनुभाग Division/Section	इकाई Unit

कर्मचारी सं. Employee No.	संगणक संकेत संख्या Comp. Code No.	दूरभाष संख्या Telephone Number आवास /Residence	मोबाईल/Mobile

वर्तमान सीएचएसएस/एमआरडी नं. Existing CHSS/MRD No.	औषधालय का नाम Name of Dispensary	लिंग- पुरुष/महिला Gender -Male/Female	

नियुक्ति की तारीख Date of appt.:	निवास स्थान का पता (पिन कोड का उल्लेख अनिवार्य) Residential Address (Pin code Compulsory)
मृत्यु की तारीख (मृत्यु प्रमाणपत्र संलग्न करें) Date of death (Attach death Certificate) :	बिल्डिंग का नाम Bldg Name - फ्लैट/घर क्र. Flat/ House No.:
	स्थान/ मार्ग Area/ Street - शहर City :-
वेतन बैंड में वेतन रु./Pay in Pay Band रु./Rs.	ग्रेड वेतन / GP
	ई-मेल आईडी Email ID पिन कोड PIN CODE

परिवार के सदस्यों का विवरण / PARTICULARS OF FAMILY MEMBERS

क्रम. सं. SI. No.	नाम (स्पष्ट अक्षरों में) Name (in Block Capital)	संबंध Relationship	जन्म दिनांक प्रमाणपत्र के साथ Date of birth with certificate	व्यवसाय Occupation	सीएचएसएस सं. (यदि कोई) CHSS No. (if any)	सीएचएसएस में भरती होने की तारीख Date of admission to CHSS
1.		विवाहिती Spouse		गृहिणी/नियोजित Housewife/employed		
2.						
3.						
4.						
5.						

क्या विवाहिती किसी अन्य स्रोत से चिकित्सा का लाभ पाने के हकदार हैं ?
Whether the spouse is eligible for medical benefits from any other source?

नहीं/No.

हां, से
Yes from

(विवाहिती द्वारा नियोजित से चिकित्सीय सुविधा नहीं ली जा रही है), इस आशय का प्रमाणपत्र प्रस्तुत किया जाए। इसके साथ विवाहिती/बच्चे, प्रत्येक के 2 फोटोग्राफ प्रस्तुत किए जायें।

(Spouse should not be availing medical facility from employer. Certificate to this effect should be produced. Also submit 2 photographs each of spouse/ child)

मैं वचन देता/देती हूँ कि सीएचएसएस में शामिल अपने उपर्युक्त परिवार के सदस्यों के बारे में सीएचएसएस लाभ की हकदारी को प्रभावित करने वाले किसी भी परिवर्तन से सीएचएसएस कार्यालय को अवगत कराऊंगा।

I undertake to inform CHSS office about any change which may affect eligibility for CHSS benefits in respect of my family members included above.

मैं घोषित करता/ करती हूँ कि मैंने उपर्युक्त निर्देशों को पढ़ लिया है तथा जो जानकारी दी है वह सत्य तथा सही है।

I declare that I have read the above instructions and the information furnished above is true and correct.

पुराने सीएचएसएस कार्ड्स इसके साथ वापिस किए जाते हैं।

The old CHSS cards are surrendered herewith.

या/OR

पुराने सीएचएसएस कार्ड्स खो गये हैं। मैं इसके साथ पुलिस शिकायत की एक प्रतिलिपि और लेखा अधिकारी, भापअ केंद्र के पक्ष में देय रु. _____ (रुपये एक सौ प्रति कार्ड) के लिए चैक संलग्न कर रहा हूँ।

The old CHSS cards are lost, I am enclosing herewith a cheque for Rs. _____ (Rs.100/- per card) in favour of Accounts Officer, BARC along with a copy of Police Complaint.

दिनांक:

Date : _____

 हितग्राही के हस्ताक्षर/Signature of Beneficiary

भाग II: सीएचएसएस, कार्यालय में उपयोग हेतु / Part II : For use in CHSS Office

संदर्भ Ref. :

दिनांक Date :

अग्रेषित Forwarded

भुगतान स्वीकृत किया जाये/ दिनांक _____ तक भुगतान किया जा चुका है/ आजीवन सदस्य।

Payment may be accepted/Payment already done up to _____/LIFE-MEMBER.

 सहायक कार्मिक अधिकारी
 Assistant Personnel Officer

प्रति To,

सहा. लेखा अधिकारी (चिकित्सा) AAO (Medical)

_____ से _____ तक भुगतान स्वीकार किया गया।

Payment accepted from _____ to _____.

 सहा. लेखा अधिकारी (चिकित्सा)
 Asstt. Accounts Officer (Medical)

भाग II: सीएचएसएस, भापअ केंद्र अस्पताल द्वारा उपयोग के लिए / Part II: For use in CHSS Office, BARC Hosp.

पंजीकृत किया गया / Registration completed

सीएचएसएस नं. CHSS No.	औषधालय Dispensary
-----------------------	-------------------

 सहायक कार्मिक अधिकारी
 Assistant Personnel Officer

भापअ केंद्र अस्पताल BARC Hosp.

दिनांक /Date:

सेवा में To :

1. सहा. कार्मिक अधिकारी , भापअके APO, BARC/ _____ (इकाई Unit)

2. लेखा अधिकारी Accounts Officer () भापअके BARC/ _____ (इकाई Unit)

3. प्रभारी चिकित्सा अधिकारी M.O.In-charge, _____ औषधालय Dispensary

4. एमआरए, भापअ केंद्र अस्पताल M.R.A., BARC Hospital.