

भाभा परमाणु अनुसंधान केंद्र

BHABHA ATOMIC RESEARCH CENTRE

(अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना) / (Contributory Health Service Scheme)

लाभार्थियों के नाम जोड़ने के लिये आवेदन

Application for Addition of names of beneficiaries

(कृपया लागू होने वाले बाक्स में इस प्रकार काट दें)

(Please cross thus in the applicable box)

भाग I: आवेदक द्वारा भरा जाए

PART I : To be filled in by the Applicant

सीएचएसएस/CHSS -4/271
(केवल एक प्रति)
(Single copy only)

नाम Name	पदनाम Designation	प्रभाग/अनुभाग Division/Section	संगणक संकेत संख्या Comp. Code No.	वेतन बैंड में वेतन + ग्रेड वेतन Pay in Pay Band + GP
श्री/श्रीमती/कुमारी/डॉ/ Shri/Smt/Kum/Dr./				

सीएचएसएस सं. तथा औषधालय का नाम CHSS No. with Dispensary	कर्मचारी संख्या Employee No.	निवास स्थान का पता Residential address:		
		बिल्डिंग का नाम Building Name		
		फ्लैट/घर का नं. / Flat/ House No. :	स्थान/मार्ग Area/ Street :	
राशन कार्ड नं./Ration Card No. (For Parents/Dependents)	दूर.सं.(कार्या.) Tel. No. (Off)	शहर City :	जिला District :	
		दूरभाष सं.Tel No.	पिन कोड Pin Code:	
		मोबाईल सं.Mob. No. :		

शामिल किये जाने वाले लाभार्थियों का विवरण (परिवार के सदस्य /मातापिता/आश्रित)

PARTICULARS OF THE BENEFICIARIES TO BE INCLUDED (Family Members/Parents/Dependents)

क्र.सं. SI. No.	नाम Name	संबंध Relationship	जन्मतिथि Date of birth	गृहिणी/व्यवसाय यदि हो तथा मासिक आय Housewife/Occupation if any and income per month	दूसरे स्रोतों से प्राप्त चिकित्सकीय लाभ Medical benefits from other sources.

- Encl : 1. फोटोग्राफ (विवाहिती/ 5 वर्ष से अधिक आयु वाले बच्चे), प्रत्येक का एक-एक Photographs (Spouse / children above 5 years) one each.
2. बच्चे/ बच्चों का जन्म प्रमाणपत्र /Birth certificate of child/ children.
3. यदि विवाहिती नियोजित है तो नियोक्ता से चिकित्सा लाभ न लेने संबंधी प्रमाणपत्र। Certificate from the employer for non-availment of medical benefits in case of employed spouse.
4. माता-पिता के मामले में कृपया घोषणा प्रपत्र संलग्न करें। Kindly enclose declaration form in respect for parents.

प्रमाणपत्र CERTIFICATE

I. परिवार के सदस्य / Family Members :

मैं वचन देता हूँ कि उपरोक्त उल्लिखित अपने परिवार के सदस्यों के सीएचएसएस में शामिल होने से संबंधित पात्रता के बारे में प्रत्येक कैलेंडर वर्ष के प्रारंभ में एवं जब भी कभी आवश्यक होगा, घोषणा करूंगा और उपरोक्त हितग्राहियों के सीएचएसएस लाभ प्राप्त करने हेतु अपात्र हो जाने की स्थिति में सीएचएसएस कार्ड लौटा दूंगा।

I undertake to declare at the beginning of each calendar year and whenever necessary about the eligibility for inclusion to CHSS of the above mentioned family members and shall return the CHSS cards of the above mentioned beneficiaries when they become ineligible for CHSS benefits.

II. माता पिता / Parents :

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मेरे माता पिता मेरे राशन कार्ड संख्या _____ में शामिल हैं।

I certify that my parents are included in my ration card No.

III **अश्रित / Dependents :**

मैं प्रमाणित करता हूँ उपर्युक्त अश्रित मेरे साथ रहता है एवं मेरे राशन कार्ड सं में शामिल है।

I certify that the above named dependent has been staying with me and is included in my

ration card No. _____

प्रपत्रों को संबंधित इकाई स्थापना के अनुभाग के माध्यम से भेजा जाए।

Forms should be routed through concerned Esstt. Section of the Unit.

मैं घोषित करता/करती हूँ कि ऊपर दी गयी सूचना सत्य और सही है।

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

दिनांक Date :

आवेदक के हस्ताक्षर / Signature of Applicant

भाग II : प्रभाग/ अनुभाग में उपयोग के लिए Part II : For use in the Division/ Section

संदर्भ Ref. :

अग्रेषित Forwarded

सहा.कार्मिक अधि. APO

प्रमाणित एवं सही पाया गया

Certified and found to be correct

सहा.कार्मिक अधि.स्था./APO, Estt. _____

प्रति /To,

सहा.कार्मिक अधि (सीएचएसएस)

A.P.O. (CHSS)

दिनांक Date :

भाग III-सी एच एस एस कार्यालय में उपयोग के लिए / Part III -For use in CHSS Office

1. क्रमांक _____ के व्यक्ति पंजीयन के पात्र हैं।
Persons at S. Nos. _____ are eligible for registration.

2. दि. _____ से पंजीयन किया गया तथा कार्ड जारी किया गया
Registered with effect from _____ and
cards issued.

3. सी एच एस एस -1/260 में नाम शामिल किया
Names added in CHSS-1/260.

1. क्रमांक _____ के व्यक्ति पंजीयन के पात्र नहीं हैं क्योंकि
Persons at S. No. _____ are not eligible
for registration because

संबंधित सहायक Dealing Asstt.

सहा.कार्मिक अधि. Asst. Personnel Officer

महत्वपूर्ण बातों का सारांश Gist of Important Points

परिवार के सदस्य /Family Members

पति अथवा पत्नी : अपने नियोक्ता से चिकित्सा सुविधा प्राप्त नहीं कर रहे हैं, इस आशय का प्रमाणपत्र प्रस्तुत किया जाए।

बच्चे : केवल पहले दो आश्रित बच्चे सामान्य अंशदान पर। इसके बाद के बच्चों के लिए 1% अतिरिक्त अंशदान पर (एक साथ जन्मे एक से अधिक बच्चों हेतु छूट)

माता पिता : माता पिता कर्मचारी के साथ रह रहे माता-पिता राशन कार्ड में शामिल होने चाहिए-सत्यापन हेतु राशन कार्ड प्रस्तुत करना होगा।

Spouse : Should not be availing medical facilities from employer - Certificate to this effect should be furnished.

Children : First two children at normal contribution. Subsequent children @ 1% extra contribution (exemption multiple births)

Parents : Parents residing with employee should be included in the Ration Card र Ration card has to be produced for verification.