

CHSS / MRD Data Form For Serving Employees
(Only single Form to be used for Each Employee / Family Members)

CHSS No/MRD No Old CHSS No. If Any

1. Name* : Dr /Shri /Smt /Kum

2. Employee No* : 3. Unit* : 4. Divn*/Section:

5. Designation* : 6. Basic Pay* : 7. CompCodeNo* :

8. Dt of next : 9. Pay Scale : 10. Date of Birth* :

11. Dt of Initial : 12. Date of : 13. Gender : Male Female
Appt in DAE posting in Mumbai

14. Blood Group: 15. Marital Status*: Married / Unmarried/
 Divorcee 16. Date of :
Retirement

17. Email ID :

18. Phone No : Res Off Mobile

19. Local Address (Mumbai/ Navi Mumbai/Thane etc)

20. Permanent Address

Building Name	Flat No
Area /Street	
City*	
District	
State*	
Pin Code*	

Building Name	Flat No
Area /Street	
City	
District	
State	
Pin Code*	

21. Beneficiary Details Including Self

CHSS No*	Name*	Relation with Emp*	Date of Birth *	Blood Group	Handicapped (Y/N)	Occupation, if any	Card Validity upto

Fields shown by * are mandatory fields. CHSS No should indicate beneficiary code viz. A, B, C, D, E, X, Y, M, N, etc.

I undertake to inform CHSS office about any change in Designation, Basic pay etc. which may affect eligibility for CHSS benefits in respect of self and my family members included above.

One photograph of self & each beneficiary may please be submitted with Name & CHSS No. written on the back side.

Certified copy of Birth Certificate of children may please be attached.

Place :

Date :

Signature of Employee

For Office Use only

The above informations are verified and found to be correct.

Date :

Place :

Signature
Stamp of Signing Authority
Concerned Administrative Section of Unit

सेवान्त कर्मचारियों के लिए सीएचएसएस/एमआरडी डाटा प्रपत्र
(प्रत्येक कर्मचारी/परिवार सदस्य के उपयोग हेतु केंद्रल एक प्रति)

सीएचएसएस सं./एमआरडी सं. [] पुरानी सीएचएस सं. यदि कोई हो [] कर्म. सं. []

1. नाम* : डॉ/श्री/श्रीमती/कुमारी [] प्रथम नाम [] मध्य नाम [] आखरी नाम []
2. कर्मचारी संख्या* : [] 3. इकाई [] 4. प्रभाग*/अनुभाग []
5. गवनाम* : [] 6. मूल वेतन* : [] 7. संगणक सं. सं. : []
8. अगली वेतनवृद्धि [] 9. वेतनमान : [] 10. जन्म तारीख []
11. पञ्जी में प्रथम नियुक्ति की तारीख [] 12. मुंबई में तैनाती की तारीख []
13. लिंग : [] पुरुष [] स्त्री
14. रक्त वर्ग : [] 15. वैवाहिक स्थिति* : विवाहित/अविवाहित [] 16. सेवानिवृत्ति की तारीख []
17. ई मेल आईडी : []
18. फोन सं. : आवास [] कार्या. [] मोबाईल : []
19. स्थानीय पता (मुंबई/नवी मुंबई/धाने इलाक़ा) 20. स्थायी पता

भवन नाम	फ्लैट संख्या	भवन नाम	फ्लैट संख्या
क्षेत्र/रस्ता		क्षेत्र/रस्ता	
शहर*		शहर	
जिला		जिला	
राज्य*		राज्य	
पिन कोड*		पिन कोड*	

21. स्वयं एवं लाभार्थी का विवरण

सीएचएसएस सं.	नाम	कर्मचारी के साथ संबंध	जन्म तारीख*	रक्त वर्ग	विकलांग		व्यवसाय यदि कोई हो	कांड की वैधता की तारीख
					हाँ	नहीं		

* प्रारा ईगित सूचना अनिवार्य है। सीएचएसएस सं. में कोड अर्थात A, B, C, D, E, X, Y, M, N आदि लाभार्थी कोड उल्लिखित करना चाहिये।

मैं वयन देता/देती हूँ कि गवनाम, मूल वेतन आदि में कोई परिवर्तन जो स्वयं एवं मेरे परिवार के सदस्यों के संबंध में सीएचएसएस हेतु लाभ को प्रभावित कर सकते हैं, के बारे में सीएचएसएस कार्यालय को सूचित करूँगा/करूँगी।

स्वयं एवं प्रत्येक लाभार्थी का एक फोटोग्राफ नाम एवं सीएचएसएस सं. उसके पीछे लिखकर प्रस्तुत करें।

धर्यों के जन्म प्रमाणपत्र की प्रमाणित प्रति प्रस्तुत करें।

कर्मचारी के हस्ताक्षर

स्थान :
दिनांक :

कार्यालय में उपयोग के लिए

उपर्युक्त सूचना सत्यापित की गई और सही पायी गयी।

दिनांक :
स्थान :

हस्ताक्षर करने वाले प्राधिकारी की गोदर
इकाई के संबंधित प्रशासनिक अनुभाग