

**सेवारत कर्मचारियों के लिए सीएचएसएस/एमआरडी डाटा प्रपत्र**  
(प्रत्येक कर्मचारी /परिवार सदस्य के उपयोग हेतु केवल 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. पदनाम\*:[ ] 6. मूल वेतन\* : [ ] 7. संगणक सं. सं.: [ ]
8. अगली वेतनवृद्धि [ ] 9.वेतनमान:[ ] 10.जन्म तारीख : [ ]
11. पुरुष में प्रथम नियुक्ति की तारीख [ ] 12. मुंबई में तैनाती की तारीख [ ]
13. लिंग : [ ] पुरुष [ ]स्त्री
14. रक्त वर्ग: [ ] 15.वैवाहिक स्थिति\*: विवाहित/अविवाहित तलाकशुदा 16. सेवानिवृत्ति की तारीख [ ]
17. ई मेल आईडी : [ ]
18. फोन सं.: आवास [ ] कार्या. [ ] मोबाईल : [ ]
19. स्थानीय पता (मुंबई/नवी मुंबई/थाने इत्यादि ) 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 हैं नहीं	व्यवसाय यदि कोई हो	कार्ड की वैधता की तारीख

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

मैं वचन देता/देती हूँ कि पदनाम, 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 करूंगा /करूंगी ।

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

बच्चों 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 मोहर  
इकाई के संबंधित प्रशासनिक अनुभाग

**सेवानिवृत्त कर्मचारी/मृतक कर्मचारियों के आश्रितों के लिए सीएचएसएस/एमआरडी डाटा प्रपत्र**  
(प्रत्येक सेवानिवृत्त कर्मचारी/परिवार सदस्यों के लिए केवल एक प्रपत्र का उपयोग किया जाए)  
विधिवत भरा हुआ प्रपत्र संबंधित औषधालय में प्रस्तुत करें

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. इकाई/प्रभाग\* : [ ] 3. पदनाम\* [ ] 4. संगणक संकेत संख्या : [ ]  
पहले धारित: [ ]
5. अंतिम वेतन [ ] 6. वेतनमान : [ ] 7. लिंग : [ ] पुरुष [ ] स्त्री  
\* आहरित
8. जन्म तारीख \* [ ] 9. रक्त वर्ग: [ ] 10. वैवाहिक स्थिति\*: विवाहित/अविवाहित [ ]
11. सेवानिवृत्ति की तारीख [ ] 12. सेवानिवृत्ति का [अधिवर्षिता/स्वेच्छिक सेवानिवृत्ति] प्रकार [ ] 13. मृत्यु की तारीख [ ]  
मृतक कर्मचारियों के मामले में

14-ए) यदि आजीवन सदस्य ? [ ] हाँ [ ] नहीं 14-बी) वैधता तारीख (यदि नहीं)

15. ई मेल आईडी : [ ]

16. फोन सं.: आवास [ ] मोबाईल : [ ]

17. स्थानीय पता (मुंबई/नवी मुंबई/थाने इत्यादि )

18. स्थायी पता

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

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

**19. स्वयं एवं लाभार्थी का विवरण**

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

\* द्वारा दर्शित क्षेत्र अनिवार्य क्षेत्र हैं । सीएचएसएस सं. द्वारा लाभार्थी का कोड अर्थात् क.,ख,ग,घ,ङ,च,छ,ज आदि का संकेत मिलना चाहिये ।  
मेरे तथा उपर सम्मिलित मेरे परिवार के सदस्यों के बारे में पते आदि में किसी प्रकार का परिवर्तन होने पर मैं उसकी सूचना सीएचएसएस कार्यालय को दूँगा ।

संलग्नक : पेंशन अदायगी आदेश की जेराक्स प्रति  
प्रत्येक लाभार्थी का एक फोटो जिसके पीछे सीएचएसएस क्र. एवं नाम लिखा हो  
आश्रित बच्चों के जन्म प्रमाणपत्र की प्रमाणित प्रतिलिपि

\_\_\_\_\_  
सेवानिवृत्त कर्मचारी/लाभार्थी के हस्ताक्षर

स्थान :

दिनांक :