

Annexure-II

बच्चों के सीएचएसएस कार्डों के पुनर्वैधीकरण के लिए घोषणा पत्र का प्रपत्र
FORM OF DECLARATION FOR REVALIDATION OF THE CHSS CARDS OF CHILDREN

मुख्य लाभार्थी का नाम Name of the Prime Beneficiary	
पदनाम /Designation	
अधिवर्षिता की तारीख Date of Superannuation	
अनुभाग/प्रभाग/इकाई/ Section /Division/Unit	
दूरभाष सं./Telephone Number	
सं.सं.सं. एवं कर्मचारी सं. / CC No. & Employee No	
मुख्य लाभार्थी की सीएचएसएस संख्या/औषधालय CHSS No. of Prime Beneficiary/Dispensary	
वेतन बैंड में वेतन + ग्रेड वेतन Pay in Pay Band + Grade Pay & Level Pay	
स्वयं एवं बच्चों का वर्तमान पता Present Address of Self and Children	

जिन बच्चों के कार्डों का पुनर्वैधीकरण करवाना है उनका विवरण :
Particulars of children requiring revalidation:

नाम /Name सुश्री/मास्टर Kum/Mast.	जन्मतारीख/ Date of Birth	व्यवसाय एवं आय Occupation & Income	विद्यालय/महा विद्यालय School/ College	पाठ्यक्रम का विवरण (प्रमाण सहित) Details of the Course (with Proof)	वैवाहिक स्थिति Marital Status	अभ्युक्तियाँ/ Remarks

"मैं घोषणा करता हूँ कि ऊपर जिन बच्चों का उल्लेख किया गया है, वे अविवाहित हैं और मेरे साथ रह रहे हैं और मेरे ऊपर आश्रित हैं। ऊपर दिया गया विवरण सही है और ऐसा ही मेरे वैयक्तिक फाइल और सेवा पुस्तिका आदि के रिकार्ड में है। जैसे ही मेरे परिवार का कोई सदस्य इस लाभ के लिए अपात्र हो जाता है वैसे ही मैं आयुर्विज्ञान प्रभाग को सूचित करूंगा और सीएचएसएस कार्ड वापस कर दूंगा। यदि किसी सदस्य के बारे में कोई सूचना गलत पाई जाती है तो उस सदस्य का नाम तुरंत काट दिया जाएगा और उसके उपचार पर किया गया संपूर्ण खर्च वापस लिया जाएगा और इसके अतिरिक्त मेरे ऊपर अनुशासनिक कारवाई की जाएगी।"

"I declare that the children mentioned above are unmarried and staying with me and dependent upon me. Particulars furnished above are correct and are as recorded

in my Personal File and Service Book etc. I shall notify Medical Division as soon as any member of my family becomes ineligible for the benefit and surrender the CHSS card. In case any information in respect of any member is found to be incorrect, the member's name will be cancelled forthwith and entire cost on the treatment shall be recovered and in addition I will be liable for disciplinary action".

मुख्य लाभार्थी के हस्ताक्षर और तारीख :

Signature of the Prime Beneficiary with date : _____

कार्ड सी की वैधता की तारीख Card - C revalidated upto	
कार्ड डी की वैधता की तारीख Card - D revalidated upto	
कार्ड ई की वैधता की तारीख Card - E revalidated upto	

पुनर्वैधीकृत करने के लिए प्राधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर और तारीख एवं मोहर :

Signature of Officer authorized to revalidate with date & stamp _____