

6

Annexure-I

सीएचएसएस सुविधा के पुनर्वैधीकरण के लिए आवेदन प्रपत्र
APPLICATION FORM FOR REVALIDATION OF CHSS FACILITY OF: -

1. माता-पिता/सास-ससुर PARENTS/ PARENTS-IN-LAW
2. 'संबंधी' की परिभाषा के अंतर्गत पंजीकृत अन्य आश्रित जो प्रति व्यक्ति खर्च का भुगतान करते हैं
OTHER DEPENDENTS REGISTERED UNDER DEFINITION "RELATIVE" PAYING PER-CAPITA EXPENDITURE

मुख्य लाभार्थी का नाम Name of the Prime Beneficiary	
पदनाम / Designation	
अनुभाग/प्रभाग/इकाई/Section /Division/Unit	
मुख्य लाभार्थी की अधिवर्षिता की तारीख Date of Superannuation	
दूरभाष क्रमांक /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 आश्रितों का वर्तमान पता Present Address of Self and Dependents	राशन कार्ड का पता Address on the Ration Card

जिन आश्रितों [माता-पिता/सास-ससुर/संबंधी] के कार्डों का पुनर्वैधीकरण करवाना है उनका विवरण:

Particulars of Dependents [Parents/Parents-in-law/Relative] requiring revalidation:

नाम Name	संबंध/ Relation- ship	जन्म तारीख Date of Birth	आय Income	आवास का प्रमाण Address Proof *	अभ्युक्तियां Remarks

* (जैसे) राशन कार्ड, आधार इत्यादि (e.g) Ration card, Aadhar, Voter ID etc.,

"मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि ऊपर उल्लेखित मेरे पिता/माता/ससुर/सास/संबंधी मेरे साथ रह रहे हैं और मेरे ऊपर अश्रित हैं। ऊपर दिया गया विवरण सही है और ऐसा ही मेरे वैयक्तिक फाईल 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

8

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 hereby declare that my *father/mother/father-in-law/mother-in-law/relative mentioned above is/are 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 Prime Beneficiary with date: _____

कार्ड “एन” (पिता) का पुनर्वैधीकरण किस तारीख तक के लिए किया गया Card “N” [Father] is revalidated upto	31-07-2024
कार्ड “एम” (माता) का पुनर्वैधीकरण किस तारीख तक के लिए किया गया Card “M” [Mother] is revalidated upto	31-07-2024
कार्ड “एक्स” (ससुर) का पुनर्वैधीकरण किस तारीख तक के लिए किया गया Card “X” [Father-in-law] is revalidated upto	31-07-2024
कार्ड “वाई” (सास) का पुनर्वैधीकरण किस तारीख तक के लिए किया गया Card “Y” [Mother-in-law] is revalidated upto	31-07-2024
कार्ड “पी” () का पुनर्वैधीकरण किस तारीख तक के लिए किया गया Card “P” [] is revalidated upto	

स.का.अ, सीएचएसएस/ संबंधित प्रभाग के स.का.अ./प्रशा.अधि.॥ के हस्ताक्षर और तारीख
Signature of APO, CHSS/ APO/AO-III of the concerned Divn. With date _____

पुनर्वैधीकरण के समय प्रस्तुत किए जाने वाले दस्तावेज

Documents to be produced at the time of Revalidation:

1. नवीनतम आय प्रमाणपत्र/पेंशन पासबुक आदि की मूल प्रति ।
Latest Income certificate (ITR of AE 2023-24 with acknowledgment & Form 26 AS)/Pension Pass Book etc. original.
2. आवास का प्रमाण पत्र – राशन कार्ड, आधार, मतदाता पहचान पत्र, पास बुक आदि ।
Address Proof – Ration Card, Adhar, Election, Pass Book etc.
3. लाभार्थी के लिए नए कार्ड जारी करने हेतु उनकी फोटो, यदि पुनर्वैधीकरण के लिए जगह नहीं है ।
Photograph of the beneficiary, for issue of new card where there is no space for revalidation, and kindly revalidate the date on the CHSS card.