



भौतिकी संस्थान INSTITUTE OF PHYSICS

सीएचएसएस कार्ड के लिए आवेदन पत्र APPLICATION FOR CHSS CARD(S)

नाम Name		परिचय पत्र संख्या I.D. No.	
पदनाम Designation		अनुभाग Section	
नियुक्ति की तारीख Date of Appointment		जन्म तिथि Date of Birth	
भौतिकी संस्थान Institute of Physics	आवासिक पता Residential Address:		

परिवार सदस्यों का विवरण PARTICULARS OF FAMILY MEMBERS

(सरकारी कर्मचारी के साथ स्थायी रूप से रह रहे पत्नी तथा बच्चे और पिता-माता जो पूरी तरह से आश्रित हैं)
(Spouse & Children who are dependent and Parents wholly dependent and permanently residing with the Government Servant)

क्र. Sl. No.	नाम Name	संबंध Relationship	जन्म तारीख Date of birth	व्यवसाय Occupation	सभी स्रोतों से मासिक आय Monthly income from all sources
1					
2					
3					
4					
5					
6					

घोषणा Declaration

- मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे परिजन जिनका विवरण ऊपर दिया गया है, वे सीएचएसएस लाभ पाने के लिए निर्धारित शर्तें पूरा करते हैं
(पीछे मुद्रित है)

I certify that my family members, whose details are furnished above, fulfil the conditions prescribed (printed overleaf), for availing CHSS benefits.

2. मैं वचन देता /देती हूँ कि सीएचएसएस लाभ पाने के लिए मेरे परिवार के किसी भी सदस्य अयोग्य होने की स्थिति में तत्काल सूचित करूंगा/करूंगी और संबंधित चिकित्सा कार्ड समर्पण करूंगा/करूंगी ।

I hereby undertake to communicate immediately and surrender the respective medical cards, in the event of any of my family members becoming ineligible for availing CHSS benefits.

3. मैं यह भी वचन देता/देती हूँ कि मेरे पिता-माता के संबंध में जो सीएचएसएस का लाभ उठा रहे हैं उनकी आय घोषणा प्रत्येक कैलेंडर वर्ष की शुरुआत में प्रस्तुत करूंगा/करूंगी

I also undertake to submit income declaration with respect to my parents who are availing CHSS benefits, at the beginning of every calendar year.

तारीख Date:

आवेदक के हस्ताक्षर Signature of the Applicant

कार्यालय उपयोग के लिए FOR OFFICE USE ONLY

परिवार के विवरण पर जानकारी का सत्यापन किया और सही पाया The information on details of family, verified and found correct.

संस्थान के प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता Authorized Signatory of the Institute

संख्या No.

/IP

तारीख Date:

पंजीकृत सीएचएसएस संख्या Registered under CHSS Number:

सीएचएसएस संख्या CHSS Number:

प्रतिलिपि Copy to : 1. वेतन तथा लेखा अधिकारी , भापासं (आई), एलसीडब्ल्यूओ/एपीओ

Pay & Accounts Officer, HWP(I) LCWO/APO

2. लेखा अधिकारी, आईओपी Accounts Officer, IoP

3. व्यक्तिगत फाइल Personal File

प्राप्त किया

Received

सीएचएसएस कार्ड

CHSS Card(s)

कर्मचारी के हस्ताक्षर

Signature of the Employee