

कर्मचारी स्वास्थ्य सेवाएं (ईएचएस) कार्ड हेतु आवेदन

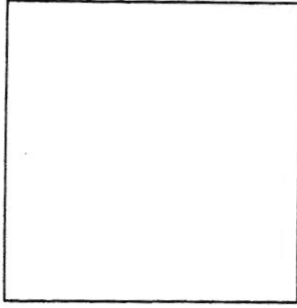
1. आवेदक का नाम (साफ अक्षरों में) : _____
2. कर्मचारी का कोड : _____
3. पदनाम : _____
4. आधार संख्या : _____
5. वेतन मैट्रिक्स में वेतन स्तर : _____ एवं वर्तमान बेसिक वेतन : _____
6. अंतिम वेतन (सेवानिवृत्त कर्मचारियों के लिए) : _____
7. आवासीय पता : _____
8. टेलीफोन नं. (कार्यालय) : _____ (निवास): _____ मोबाइल. नं. : _____
9. ई-मेल आईडी : _____
10. सेवानिवृत्ति की तिथि (सेवानिवृत्त कर्मचारियों के लिए) : _____
11. परिवार का विवरण (साफ अक्षरों में) :
(कृपया इस कॉलम को भरने से पहले परिवार की परिभाषा अवश्य देखें)

क्र.सं.	परिवार के सदस्यों का नाम	कर्मचारी स्वास्थ्य सेवाएं (ईएचएस) कार्डधारक से रिश्ता	जन्मतिथि [#]	रक्त समूह (स्वैच्छिक)

(#आश्रित पुत्रों की आयु का सबूत संलग्न करें)

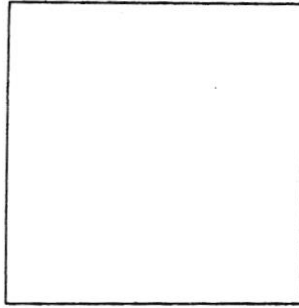
12. Are all the persons whose names are given below are dependent upon you and are residing with you?

13. Paste one ID card size of photograph of each member of family (including self) whose names are proposed to be included as part of your family in the space given below:-



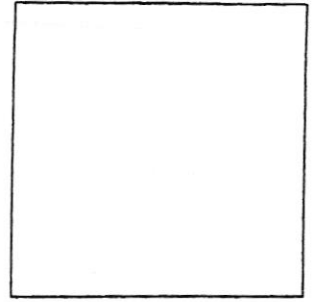
Sr. No. _____

Name : _____



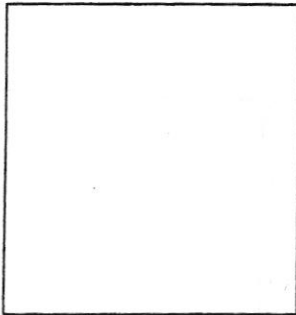
Sr. No. _____

Name : _____



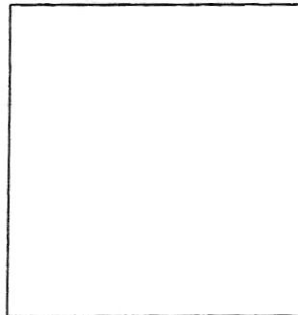
Sr. No. _____

Name : _____



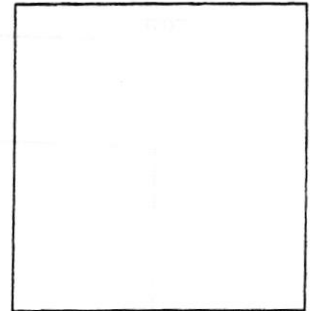
Sr. No. _____

Name : _____



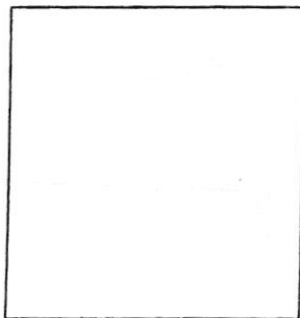
Sr. No. _____

Name : _____



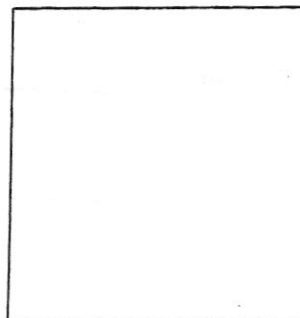
Sr. No. _____

Name : _____



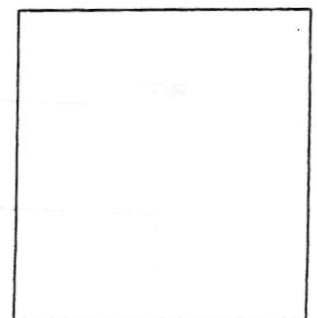
Sr. No. _____

Name : _____



Sr. No. _____

Name : _____

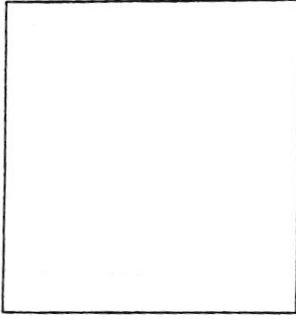


Sr. No. _____

Name : _____

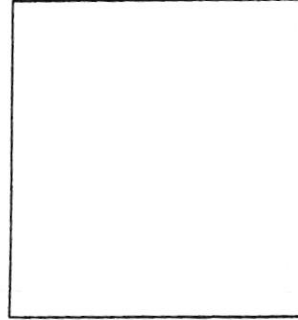
12. क्या ये सभी व्यक्ति जिनके नाम नीचे दिए गए हैं आप पर आश्रित हैं और आपके साथ रह रहे हैं?

13. नीचे दिये गए खाली स्थानों पर परिवार के आश्रित सभी सदस्यों का एक-एक फोटो चिपकाएं (स्वयं का भी), जिनके नाम आपके परिवार के सदस्य के रूप में शामिल करने के लिए प्रस्तावित किया गया है :-



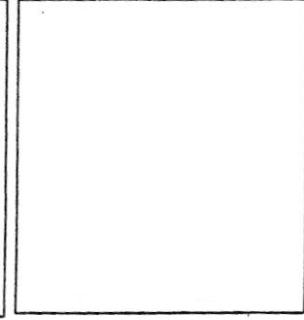
क्र.सं. _____

नाम : _____



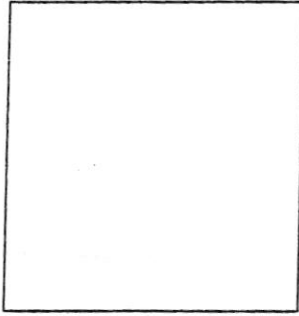
क्र.सं. _____

नाम : _____



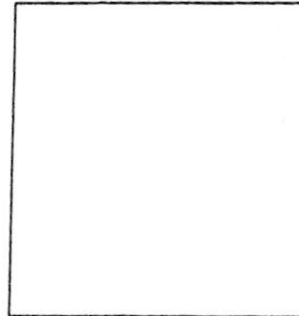
क्र.सं. _____

नाम : _____



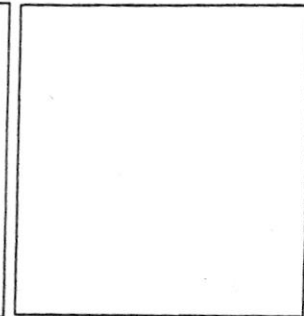
क्र.सं. _____

नाम : _____



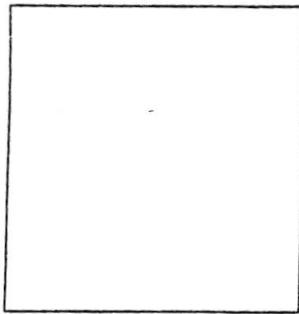
क्र.सं. _____

नाम : _____



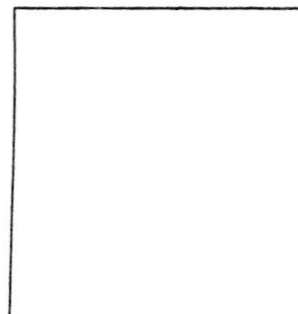
क्र.सं. _____

नाम : _____



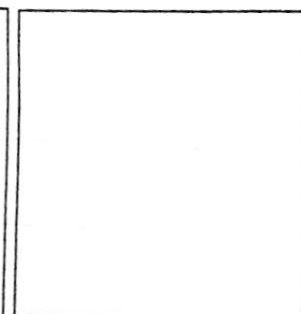
क्र.सं. _____

नाम : _____



क्र.सं. _____

नाम : _____



क्र.सं. _____

नाम : _____

I undertake to intimate to the institute immediately if there is any change in dependency criteria of my family members included in this application form. If I fail to intimate and if the institute comes to know of the change then the institute facility is liable to be withdrawn by the institute and the institute and/or appropriate authority will be free to initiate any action against me.

I undertake to surrender the institute card(s) on my leaving the institute/office on Retirement/Termination/Resignation/on ceasing to be eligible for institute benefits.

I certify that the information furnished by me in this application has been verified to be correct and that no information has been concealed or has been misrepresented and I stand by the same.

Signature of Applicant

(To be filled by the Administration)

This information furnished by the applicant has been verified and found to be correct. It is recommended that an EHS card be issued to

Sh./Smt./Kumari _____ **Designation** _____ **in**
this Institute.

No.

Date :

Dealing Clerk

Administrative Officer