RETIRED BENEFICIARY

भारत सरकार /Government of India अंतरिक्ष विभाग / Department of Space अंतरिक्ष उपयोग केंद्र/Space Applications Centre अहमदाबाद/Ahmedabad 380 015

(अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना)/(Contributory Health Service Scheme) (परिवार के सदस्य हेत घोषणा फार्म)/Form for Declaration of Family

	,	
कर्मचारी का नाम	(वेतन अनुक्रमांक)	
Name of the employee	(P.R. No)	
पदनाम	टेलीफोन नं	
Designation	Telephone Nos	
आवास का पता		
Residential Address		

एतद् द्वारा प्रमाणित किया जाता है कि अंतरिक्ष विभाग की अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना (अंस्वासेयो) में शामिल किए गए मेरे परिवार के निम्निलिखित सदस्य मुझ पर पूर्णतः आश्रित है/हैं एवं मेरे साथ निवास करता(ती)/करते है/हैं, तथा सीएचएसएस के अतिरिक्त अन्य किसी भी स्रोत से चिकित्सा देखभाल हेतु कोई भी चिकित्सा सहाय/सुविधा/नकद सहायता/नकद भत्ता अथवा प्रतिपूर्ति प्राप्त नहीं कर रहे हैं । I hereby declare that the following member(s) of my family who has/have been included under the Contributory Health Service Scheme (CHSS) of the Department of Space is/are wholly dependent upon me and is/are actually residing with me, and that he/she/they is/are not in receipt of any medical aid/facility/cash subsidy/cash allowance or reimbursement for medical care from any source other than the CHSS:

क्र.सं.	नाम Name	अंस्वासेयो	जन्म तिथि	लिंग	कर्मचारी के साथ	व्यवसाय यदि कहीं	विवाहित स्थिति	सभी स्रोतों से कुल	कर्मचारी के	यदि पढ़ते हैं तो , कृपया
Sr.		पंजी. नं.	Date Of	Sex	संबंध	नियुक्त हैं, तो कृपया	Marital status	मासिक आय(पेंशन	साथ निवास की	क्लास और स्कूल/कॉलेज
No.		CHSS	Birth		Relationship	नियोक्ता का पता	विवाहित/अविवाहित/	आदि को	तिथि	का उल्लेख करें जिसमें
		Regn. No.			with the	प्रस्तुत करें	विधुर/विधवा	सम्मिलितकरते हुए)	Date from	पढ़ते हों)
					employee	/Occupation(if	Married/	Total monthly	which	If studying, please
						employee,	Unmarried/	income from all	residing	indicate the class
						please furnish	Widow/	sources	with the	and school/ college
						the address of	widower	(including	employee	in which studying
						the employer)		pension, if any).		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1										
2										
3										
4										

2. मैं एतद् द्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि उपरोक्त दर्शाई गई सूचनाएं सत्य एवं सही हैं । मुझे ज्ञात है कि योजना का लाभ प्राप्त करने के लिए घोषणा फार्म में दर्शाए गए सदस्यों की पात्रता सत्यापित करना मेरा दायित्व है तथा मुझे यह भी ज्ञात है कि यदि मेरे द्वारा दी गई घोषणा गलत सिद्ध हुई तो संपूर्ण परिवार के सदस्यों के साथ मेरी सीएचएसएस सुविधा समाप्त करने के अतिरिक्त मुझ पर अनुशासनात्मक/नियमानुसार अन्य कोई कार्रवाई की जा सकती है । मैं यह भी आश्वासन दिलाता/दिलाती हूँ कि जब कभी भी मेरे परिवार की स्थिति में कोई परिवर्तन होगा तब मैं इसकी सूचना प्रशासन को दूँगा/दूँगी ।

I hereby certify that the information furnished above is true and correct. I realize that the onus of proving the eligibility of the members of my family to the benefits of the Scheme rests on me. I also understand that in case my declaration is proved false subsequently, I am liable for disciplinary action/other action as per rules, besides withdrawing the CHSS facilities for all the family members. I undertake that, as and when any change takes place, I will intimate the same to the Administration.

नोट : यदि परिवार के सदस्यों की सभी स्रोतों से प्राप्त आय, पेंशन एवं पेंशन के बराबर के उपादान को सम्मिलित करते हुए (पत्नी अथवा पित के सिवाय, मुख्य हिताधिकारी के अनुसार जो भी हो) प्रति माह रू. 12.780/- से अधिक नहीं है, तो वे मुख्य हिताधिकारी के आश्रित माने जाएंगे । यदि अंश-कालिक आधार पर कार्यरत बच्चों की आय कर्मचारी के वेतन से अधिक है तो ऐसे बच्चे सीएचएसएस सुविधा को पात्र नहीं होंगे। अंश कालिक आधार पर भी किसी प्रकार के धंधे अथवा व्यवसाय से संलग्न बच्चे सीएसएसएस सुविधा के पात्र नहीं होंगे।

Note: If income from all sources including pension and pension equivalent of the family members barring the wife or the husband, as the case may be, of the prime beneficiary) does not exceed Rs. 12,780/- per month, then they are treated as dependent upon the prime beneficiary. If the income of children engaged on part-time basis exceeds the pay of the employee, coverage for such children is not admissible. Children engaged in trade, business or professions, even on part-time basis, are not eligible for coverage.

(To be filled by those who have opted for yearly contribution)

	(1)	I hereby declare that I am not employed/ engaged in any trade/business/profession. OR
	(2)	I hereby declare that I am employed at w.e.f
		and I undertake to make CHSS contribution as applicable from time to time.
दिनांक /Date :		हस्ताक्षर /Signature :-
		नाम ∕Name:
		अंस्वासेयो कार्ड नं./CHSS Card No:-
		पी.पी.ओ. <i>नं</i> PPO No.:-
		मोबाइल नं./ Mobile Number:-