



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 दूंगा/दूंगी।

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 पति 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 सीएचएसएस 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:

अस्वासेयो कार्ड नं./CHSS Card No:-

पी.पी.ओ. नं../PPO No.:-

मोबाइल नं./ Mobile Number:-