

	नकदी एवंदेयकअनुभाग-दो / CASH & BILL SECTION -II भाकृअनुप-राष्ट्रीय डेरीअनुसंधान संस्थान(मानद विश्वविद्यालय) ICAR- National Dairy Research Institute (Deemed University) करनाल, हरियाणाKarnal, Haryana-132001	
---	--	---

संख्या : एफ.चिकित्साआश्रितता/नकदी एवं देयक/2017-18

दिनांक, 20/5/2020.

परिपत्र(Circular)

सभी संबंधितों को यह सूचित किया जाता है कि केन्द्रीय सेवा (चिकित्सकीय परिचर्या) नियम के अनुसार परिवार के आश्रित सदस्य जो इन नियमों में निर्धारित पात्रता शर्तों को पूरा करते हैं, उन्हें चिकित्सा लाभ लागू होते हैं तथा यह सरकारी कर्मचारी/पेंशनर की जिम्मेदारी होती है कि वह कार्यालय को अपने परिवार की आश्रितता/आश्रित सदस्यों के बारे में सूचित करे।

वर्ष 2019-20 के लिए आश्रितता/संयुक्त घोषणा सूची संस्थान की वेबसाइट पर उपलब्ध है। सभी अधिकारियों / कर्मचारियों / पेंशनरों से एतद्वारा यह अनुरोध किया जाता है कि वे संस्थान की वेब साइट पर इसका अवलोकन कर लें एवं उनकी चिकित्सा आश्रितता सूची में कि सीपरिवर्तन या कुछ जोड़ने की आवश्यकता है तो उसे संलग्न फॉर्मेटमें 20 जून, 2020 से पहले अवगत करा दें। यदि 20 जून 2020 तक चिकित्सा आश्रितता / संयुक्त घोषणा के बारे में किसी प्रकार की सूचना प्राप्त नहीं होती है तो संस्थान की वेबसाइट पर उपलब्ध वर्ष 2019-20 की चिकित्सा आश्रितता/संयुक्त घोषणा को वर्ष 2020-21 के लिए अंतिम मान लिया जाएगा।

इसे सक्षम प्राधिकारी के अनुमोदन से जारी किया जा रहा है।

It is brought to the notice of all concerned that the medical benefits as per CS (MA) Rules is admissible to the dependent family members who fulfills the eligibility criteria as prescribed under the rules and it is the responsibility of the Govt. employee / pensioner to inform the office regarding the dependency of family / dependent members.

The dependency / joint declaration list for the year 2019-20 is available on the Institute's web site. All the officers / Officials / Pensioners are hereby requested to visit the Institute's web-site and intimate any change in the enclosed format like addition/deletion in their medical dependency list latest by 20 Jun, 2020. In case no intimation is received up to 20 Jun, 2020, the medical dependency / Joint Declaration which is already available on Institute's web-site for the year 2019-20 shall be treated as final for the year 2020.

This issue with the approval of the Competent Authority

Sd/-

आहरण एवंसंवितरणअधिकारी(DDO)

वितरण, सूचना एवंआवश्यक कार्रवाईहेतु(Distribution for information & n/a) :

1. निदेशक, राडेअनुसं, करनालकोनिजीसचिव के माध्यम से।
2. संयुक्त निदेशक(शैक्षणिक), राडेअनुसं, करनालकोनिजीसचिव के माध्यम से।
3. संयुक्त निदेशक(अनुसंधान), राडेअनुसं, करनालकोनिजीसचिव के माध्यम से।
4. संयुक्त निदेशक(प्रशासन) व कुलसचिव, राडेअनुसं, करनालकोनिजीसचिव के माध्यम से।
5. नियंत्रक, राडेअनुसं, करनाल।
6. अध्यक्ष, द0क्षे0के0, बंगलूरु व पू0क्षे0के0, कल्याणी।
7. सभीप्रभागध्यक्ष व प्रभारी-इसपरिपत्र सेसंबंधितस्टाफकोअवगतकराने व नोटिसबोर्डहेतु।
8. श्रीपी.सी.पसरीचा, सचिव, सेवानिवृत्त एनडीआरआईअधिकारी/पदाधिकारीसंघ, 1482, सेक्टर 13, यू.ई., करनाल।
9. प्रभारी, हयूमनहैल्थकॉम्प्लैक्स, राडेअनुसं, करनाल।
10. प्रभारी, कंप्यूटरकेन्द्रको इसे संस्थानकीवेबसाइटपरअपलोडकरने के अनुरोध के साथ।
11. श्रम कल्याणअधिकारी, राडेअनुसं, करनालकोपेंशनरों के संज्ञानमेंलानेबावत्।

चिकित्सा सुविधा ग्रहण करने के लिए संयुक्त घोषणा
(पत्नी एवं पति दोनों के सेवामें होने की स्थिति में भरा जाना है)

JOINT DECLARATION FOR AVAILING MEDICAL BENEFITS
(To be filled up in case both the spouses are working)

1. कर्मचारी का नाम एवं पदनाम / Name & Designation of the Employee :
2. प्रभाग / अनुभाग Division/Section :
3. कर्मचारी सं. Employee No.:
4. उस कार्यालय / संगठन का नाम जिसमें पत्नी या पति सेवारत है:
Name of the Office/Organization in which other spouse is working
5. अपने सेवा प्रदाता से क्या पत्नी या पति / कोई निर्धारित चिकित्सा भत्ता प्राप्त कर रहे हैं या कोई चिकित्सा लाभ अपने सेवा प्रदाता से प्राप्त कर रहे हैं या किसी चिकित्सा बीमा के धारक हैं
Whether the other spouse is allowance from his/her employer or Availing any medical benefit from his/her Employer or covered under any medical insurance.

कर्मचारी के हस्ताक्षर

Signature of the Employee

घोषणा (Declaration)

हम	यह	प्रमाणित
डेरी अनुसंधान संस्थान से चिकित्सा लाभ ग्रहण करेंगे और		करते हैं कि उपरोक्त ब्योरे सही हैं। हम राष्ट्रीय
कार्यालय / संगठन से कोई भी चिकित्सा प्रतिपूर्ति का दावा नहीं करेंगे।		यहीं बिल प्रस्तुत करेंगे। हम किसी अन्य

We hereby declare that the above particulars are correct we will avail the medical benefits from NDRI and prefer the bills from here. We will not claim any medical reimbursement from any other office/organization.

पत्नी / पति के हस्ताक्षर दिनांक सहित

Signature of other spouse
(with date)

कर्मचारी के हस्ताक्षर (दिनांक सहित)

(with date)

चिकित्सासुविधाग्रहणकरने के लिए परिवार/आश्रितों की घोषणा
DECLARATION OF FAMILY/DEPENDANTS FOR AVAILING MEDICAL BENEFIT

1. कर्मचारी/पेंशनरकानाम:

Name of the Employee/Pensioner

2. कर्मचारी संख्या/पेंशनर की पी.पी.ओ. संख्या:

Employee No./PPO No. of the Pensioner

3. पदनामDesignation :

4. स्वयंअपना एवंपरिवार के सदस्योंकाब्यौराजिनकेलिए चिकित्सालाभकादावाकियाजानाहै :-

Particulars of Self and Family members for whom the medical benefit is claimed.

क्र. सं. Sl. No.	नाम NAME	संबंध RELATIONSHIP	जन्मदिनांक / उम्रDATE OF BIRTH/AGE	विवाहितहैं या नहीं WHETHER MARRIED OR NOT	यदिसेवारत /पेंशनरहैंतोमासिक आय IF EMPLOYED /PENSIONER MONTHLY INCOME	पता ADDRESS

i) यदिपेंशनभोगीहैतोमूलपेंशनदर्शानेवालेपी.पी.ओ. (कम्यूटेशन से पहले) कीसत्यापितप्रतियांसाथसंलग्न कीजानीचाहिए/ In case of pensioners the attested copies of PPO showing the original pension [before commutation] shall be enclosed.

ii) बच्चों के मामलेमेंजन्मतिथि प्रमाणपत्र भीसंलग्नकियाजानाचाहिए।

Certificate of date of birth in respect of children shall also be enclosed.

iii) आश्रितपरिजनों के प्रमाणिकसबूत / Authentic proof of dependents family members :

4. कार्यालय कानामजहांपति/पत्नीकार्यरतहै:

Name of the office in which the other spouse is working

5. यदिआपअपनेसेवारतपति/पत्नी के लिए चिकित्सासंबंधीलाभराडेअनुसंसे:

प्राप्तकरनाचाहतेहैं, तोसंयुक्त घोषणानिर्धारितप्रारूपपरअलगसेदें।

Whether you desire to avail the medical benefit from NDRI in respect of your serving spouse a joint declaration in prescribed format separately

घोषणा / (Declaration)

मैं एतद्वारा घोषणाकरताहूँकिमेरीपत्नी/पतिकोछोड़करऊपर घोषितसभीपरिजनोंकीमासिकआय रु. 9,000/-से कम हैतथा 9000/-रूपए परमहंगाईभत्तेकीस्वीकार्यराशिहैतथासभीउपरोक्तपरिजनमुझपरआश्रितहैं।

I hereby declare that all the above declared family members except my wife/husband is/are having less than 9000/- income per month plus the admissible amount of Dearness Relief on Rs. 9000/- and all above family member are dependent upon me.

कर्मचारी/पेंशनर के दिनांकसहितहस्ताक्षर
Signature of the Employee/Pensioner with Date